



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

INGRID MARGARETH VOTH LOWEN

ORIENTAÇÃO À INOVAÇÃO E CAPACIDADE DE INOVAÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

CURITIBA
2019

INGRID MARGARETH VOTH LOWEN

ORIENTAÇÃO À INOVAÇÃO E CAPACIDADE DE INOVAÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres

CURITIBA
2019

Lowen, Ingrid Margareth Voth

Orientação à inovação e capacidade de inovação na Atenção Primária à Saúde
[recurso eletrônico] / Ingrid Margareth Voth Lowen – Curitiba, 2019.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de
Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Aida Maris Peres

1. Inovação. 2. Gestão em saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem.
I. Peres, Aida Maris. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73

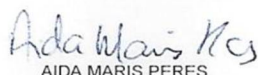


MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **INGRID MARGARETH VOTH LOWEN**, intitulada: **ORIENTAÇÃO À INOVAÇÃO E CAPACIDADE DE INOVAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, sob orientação da Profa. Dra. AIDA MARIS PERES, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de Doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

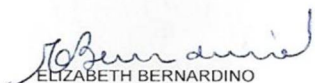
Curitiba, 16 de Dezembro de 2019.


AIDA MARIS PERES

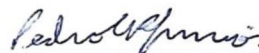
Presidente da Banca Examinadora


SONIA SILVA MARCON

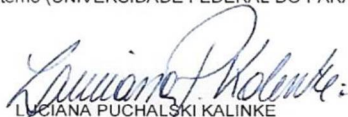
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)


ELIZABETH BERNARDINO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)


PEDRO CARLOS RESENDE JUNIOR

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)


LUCIANA PUCHALSKI KALINKE

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

A **Deus**, pelo seu grande amor, me concedeu saúde, serenidade e perseverança para alcançar esse objetivo.

Ao meu marido **Paulo**, minhas filhas **Elisa Margareth**, **Bianca Andrea** e **Laura Beatriz**, me sustentaram e motivaram neste desafio. Minha profunda gratidão pelo seu amor incondicional...

Aos meus pais, **Henrique** e **Edith**, sempre me amaram e apoiaram meus projetos, oportunizaram acesso ao conhecimento, mas acima de tudo, ensinaram e ainda vivenciam o temor à Deus.

À minha irmã **Cibele**, mesmo longe, torceu e me incentivou nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR e à equipe de trabalho, que possibilitaram a minha trajetória *stricto sensu*, além de me apoiar financeiramente para divulgar as pesquisas em eventos internacionais.

À Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres, minha admiração e respeito. Acreditou que eu seria capaz de vencer os inúmeros desafios e me instigou a percorrer caminhos desconhecidos e ousados.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, por aceitarem o convite e contribuírem com seu tempo e conhecimento para aperfeiçoar esta tese.

Ao Laboratório de Estatística Aplicada da UFPR, em especial ao Prof. Dr. Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães, pelo seu incansável auxílio estatístico.

Ao Prof. Dr. Pedro José Steiner Neto, do Programa de Pós-graduação de Engenharia Florestal e ao Prof. Dr. José Roberto Frega, do curso de Administração da UFPR, pelos ensinamentos e apoio nos cálculos estatísticos.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) da UFPR, por me acompanharem e contribuírem nesta trajetória.

À Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino e à Prof.^a Dr.^a Judith Lapierre, pela oportunidade de participar do *Programme International de Coopération Scientifique em Sciences Infirmières au Québec*, Canadá.

À Carla Da Ros, Marli de Souza e Louise Scussiato, além de parceiras na pós-graduação, se tornaram amigas. Seu apoio e amizade foram muito significativos para seguir nesta trilha da pesquisa.

À Iria Bárbara de Oliveira e Daniele Potrich Lima Zago, por me auxiliarem nas coletas de dados e acreditarem no meu potencial para concluir esta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por viabilizar a pesquisa.

Aos gestores e profissionais de saúde da SMS de Curitiba por aceitarem participar da pesquisa e contribuírem com o seu conhecimento e experiência profissional.

Aos gestores e profissionais assistenciais dos Distritos Sanitários do Boqueirão e Portão, Unidades de Saúde Eucaliptos, Vila Hauer e Santa Quitéria, pelo apoio e incentivo para conciliar o trabalho e o processo formativo de doutorado.

À Ilda A. Araújo, enfermeira e amiga, que me motivava a sempre seguir em frente.

Aos meus familiares, amigas e amigos com os quais compartilhei sonhos, medos e conquistas.

“Inovação, por outro lado tem algo de mágico: é o novo que surge e encanta os que a observam. E sendo um fenômeno estritamente humano – as máquinas ainda não têm esse poder – é, de certa maneira, misterioso...”

Terra

RESUMO

Introdução: a Atenção Primária à Saúde, na qual a enfermagem tem uma representatividade significativa na assistência e na gestão, está inserida num contexto social, econômico e político dinâmico e desafiador, que demanda ações inovadoras para realizar as mudanças estruturais e organizacionais necessárias. No serviço público, a inovação visa agregar valor a partir da criação ou melhoria de um produto ou serviço e requer uma organização orientada para a inovação, isto é, aberta a mudanças e novas ideias. O referencial teórico utilizado nesta tese propõe que a capacidade inovadora é definida pelos processos de criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento, sustentados pelos recursos organizativos do capital humano, liderança, cultura e estrutura e sistemas. **Objetivo:** analisar a orientação para inovação e a capacidade inovadora da Atenção Primária à Saúde. **Método:** trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, exploratória e descritiva, inserida na linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem, realizada em um município sul-brasileiro. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e agosto de 2018. Nas duas etapas participaram gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária, 487 na etapa quantitativa e 86 na etapa qualitativa. Na primeira etapa, para a mensuração da orientação para inovação, foi aplicada a Escala de Orientação para Inovação em organizações públicas. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas referentes às ações inovadoras implantadas. Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente e permitiram calcular o Coeficiente de Orientação para Inovação. Para a análise da capacidade de inovação foi utilizado o modelo conceitual da Capacidade de Inovação e o referencial metodológico da hermenêutica dialética. Realizou-se a análise da convergência dos dados quantitativos e qualitativos. **Resultados:** o Coeficiente de Orientação para Inovação foi 6,4. O Fator - Ambiente de Estímulo à Aprendizagem apresentou uma média maior do que o Fator - Gestão de Competências e Monitoramento do Ambiente Externo. Dentre as fragilidades da gestão de competências e monitoramento do ambiente externo está a gestão de recursos humanos. Em relação ao ambiente de estímulo à aprendizagem, a instituição de saúde fornece subsídios para o aprendizado e autonomia para inovar. Os processos e recursos organizativos da capacidade inovadora foram identificados, assim como suas fragilidades e potencialidades. Os recursos organizativos, cultura, estrutura e sistemas, apontam para a necessidade de desenvolvimento de estratégias a fim aprimorar a sustentação dos processos da criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento. **Conclusões:** A análise da orientação para inovação gera valor para a elaboração e/ou implementação de políticas públicas de saúde. Os gestores e profissionais de saúde, com destaque ao quantitativo de enfermeiras, são protagonistas na liderança do processo inovador sustentado pela instituição de saúde. Os processos e recursos organizativos identificados nas ações inovadoras apontam para a capacidade de inovação da atenção primária. As convergências entre os itens da escala e os processos de criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento possibilitaram a confirmação da tese de que a capacidade inovadora apoia a orientação para a inovação da APS no município pesquisado.

Palavras-chave: Inovação. Gestão em Saúde. Atenção Primária à saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care, in which nursing has significant representativeness in caring, as well as in management, is inserted in a dynamic, challenging social, economic and political context, which demands innovative actions to perform the necessary structural and organizational changes. In public service, innovation aims to aggregate value through the creation or improvement of a product or service, and requires an innovation-oriented organization, that is, open to changes and new ideas. The theoretical background used in this thesis proposes that the innovative capability is defined by the processes of knowledge creation, absorption, integration and reconfiguration, founded in the organizational resources of the human capital, leadership, culture and structure and systems. **Objective:** to analyze the tendency towards innovation and the innovative capability in the Primary Health Care. **Methodology:** it is exploratory, descriptive research, using mixed methods, within the research line of Management of Health Care and Nursing Services, conducted in a municipality from Southern Brazil. Data collection was conducted between February and August of 2018. Primary health care managers and professionals participated in two phases, 487 in the quantitative phase and 86 in the qualitative phase. In the first phase, in order to measure the tendency towards innovation, the Tendency towards Innovation Scale for public organizations was applied. In the second phase, semi-structure interviews were performed, regarding the implemented innovative actions. Quantitative data were statistically analyzed, and the Coefficient of Tendency towards Innovation was calculated. The conceptual model of the innovative capacity and the methodological framework of the dialectic hermeneutics were used to analyze the innovation capability. The analysis of the convergence of quantitative and qualitative data was performed. **Results:** The Coefficient of the Tendency towards Innovation was 6.4. The Stimulating Environment to Learning Factor featured higher average than the Management of Competencies and Monitoring of the External Environment Factor. The management of human resources is among the weaknesses in the management of competencies and monitoring of the external environment. Concerning the stimulating environment to learning, the health institution subsidizes learning and the autonomy for innovation. The organizational processes and resources for the innovative capability were identified, as well as their fragilities and potentialities. The organizational resources, culture, and structure and systems point to the need of developing strategies to refine the framework of processes for knowledge creation, absorption, integration and reconfiguration. **Conclusions:** The analysis of the tendency towards innovation generates value for the elaboration and/or implementation of public health policies. Health care managers and professionals, with emphasis on the number of nurses, have the lead role in the innovation process, supported by the health institution. The organizational processes and resources, identified in the innovative actions, point to the innovative capability in primary health care. The convergences between the items of the scale and the processes of knowledge creation, absorption, integration and reconfiguration enabled to confirm the thesis that the innovative capability subsidizes the tendency towards innovation in the primary health care of the studied municipality.

Keywords: Innovation. Health Management. Primary Health Care. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - MODELO CONCEITUAL DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO	38
FIGURA 2 - MÉDIAS E INTERVALO DE CONFIANÇA DE CADA ITEM DO FATOR 1 - GESTÃO DE COMPETÊNCIAS E MONITORAMENTO DO AMBIENTE EXTERNO	68
FIGURA 3 - MÉDIAS E INTERVALO DE CONFIANÇA DE CADA ITEM DO FATOR 2 - AMBIENTE DE ESTÍMULO À APRENDIZAGEM	69
FIGURA 4 - MÉDIAS E INTERVALO DE CONFIANÇA – FATORES E ESCORE COI.....	71
FIGURA 5 - MÉDIAS E INTERVALO DE CONFIANÇA – COMPARATIVO DE PROFISSIONAL E GESTOR – FATORES E ESCORE COI.....	73

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- PERCENTUAL DE PARTICIPANTES POR CARGO OCUPADO...	61
GRÁFICO 2	- PERCENTUAL DE PARTICIPANTES DE ACORDO COM O GRAU DE ESCOLARIDADE	61
GRÁFICO 3	- ANOS DE ATUAÇÃO NA PROFISSÃO POR CATEGORIA PROFISSIONAL	62
GRÁFICO 4	- TEMPO DE ATUAÇÃO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA.....	63
GRÁFICO 5	- MÉDIAS DOS ITENS DO FATOR 1 – GESTÃO DE COMPETÊNCIAS E MONITORAMENTO DO AMBIENTE EXTERNO.....	67
GRÁFICO 6	- MÉDIAS DOS ITENS DO FATOR 2 - AMBIENTE DE ESTÍMULO À APRENDIZAGEM	69
GRÁFICO 7	- COI POR CATEGORIA PROFISSIONAL	73
GRÁFICO 8	- FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS E GESTORES	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS E GESTORES	51
QUADRO 2 - SÍNTESE DOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA ..	58
QUADRO 3 - ROTAÇÃO DOS COMPONENTES DOS DOIS FATORES	65
QUADRO 4 - AÇÕES INOVADORAS	76
QUADRO 5 - SÍNTESE DOS PROCESSOS DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO ..	79
QUADRO 6 - SÍNTESE DOS RECURSOS ORGANIZATIVOS DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO	85
QUADRO 7 - CONVERGÊNCIA DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	95

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS	52
TABELA 2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA DE GESTORES	52
TABELA 3 - MÉDIA E DESVIO-PADRÃO DO TEMPO DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES	63
TABELA 4 - COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DE CADA ITEM ENTRE GESTORES E PROFISSIONAIS	70
TABELA 5 - DIFERENÇA ENTRE OS VALORES DO COI	71
TABELA 6 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO AO LOCAL DE ATUAÇÃO	75

LISTA DE SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AE	- Auxiliar de Enfermagem
AFC	- Análise Fatorial Confirmatória
APS	- Atenção Primária à Saúde
APSUS	- Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
ASB	- Auxiliar de Saúde Bucal
ASL	- Autoridade Sanitária Local
CAPS	- Centro de Atendimento Psicossocial
CD	- Cirurgião-Dentista
CES	- Centro de Educação em Saúde
CFI	- <i>Comparative Fit Index</i>
CISP	- Concurso inovação do setor público
CL	- Conselho local
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CN	- <i>Critical N</i>
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COI	- Coeficiente de Orientação para Inovação
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CRM	- Conselho Regional de Medicina
DAPS	- Departamento de Atenção Primária à Saúde
DF	- Graus de Liberdade
DIU	- Dispositivo Intrauterino
DMS	- Diferença Mínima Significativa
Dp	- Desvio Padrão
DS	- Distrito Sanitário
EOI	- Escala de Orientação para Inovação
EPS	- Educação Permanente em Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
eSF	- Equipe de Saúde da Família
FAS	- Fundação de Ação Social
FEAES	- Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde
FEAS	- Fundação Estatal de Atenção em Saúde

GC	- Gestor Central
GD	- Gestor Distrital
GFI	- <i>Goodness of Fit Index</i>
GL	- Gestor Local
GO	- Ginecologista Obstetra
GPPGPS	- Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICI	- Instituto das Cidades Inteligentes
IFI	- <i>Incremental Fit Index</i>
IPPUC	- Instituto de Pesquisa e Planejamento de Curitiba
IST	- Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVAB	- Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência
KMO	- Kayser-Meyer-Olkin
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo Ampliado de Atenção à Saúde da Família
NIT	- Núcleo de Informação e Tecnologia
OCDE	- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OECD	- Organisation for Economic Co-operation and Development
OS	- Organização Social
P&D	- Pesquisa e Desenvolvimento
PET-SAÚDE	- Projeto de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
POA	- Plano Operativo Anual
PPGENF	- Programa de Pós-graduação em Enfermagem
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RH	- Recursos Humanos
RMSEA	- <i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
RNI	- <i>Relative noncentrality Fit Index</i>
Senac	- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
Siadap	- Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde

SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	- Técnico de Enfermagem em Saúde Pública
TI	- Tecnologia da Informação
TLI	- <i>Tucker Lewis Index</i>
TSB	- Técnico de Saúde Bucal
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
US	- Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
1.1	A INOVAÇÃO NO SETOR PÚBLICO	24
1.2	A INOVAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
2	OBJETIVOS	36
2.1	OBJETIVO GERAL.....	36
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	37
3.1	MODELO CONCEITUAL DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO	37
4	MATERIAIS E MÉTODOS	44
4.1	ABORDAGEM DA PESQUISA.....	44
4.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO	45
4.3	CENÁRIO DA PESQUISA.....	48
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	50
4.4.1	Participantes da etapa quantitativa.....	50
4.4.2	Participantes da etapa qualitativa.....	52
4.4.3	Crterios de inclus3o e de exclus3o dos participantes.....	53
4.5	ETAPAS DA PESQUISA	53
4.5.1	Etapa quantitativa.....	53
4.5.2	Etapa qualitativa.....	54
4.6	COLETA DE DADOS	55
4.6.1	Coleta de dados da etapa quantitativa	55
4.6.2	Coleta de dados da etapa qualitativa	55
4.7	ANÁLISE DE DADOS.....	56
4.7.1	Análise de dados quantitativos	56
4.7.2	Análise de dados qualitativos	57
4.8	SÍNTESE METODOLÓGICA.....	57
4.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	58
5	RESULTADOS.....	60
5.1	ETAPA QUANTITATIVA.....	60
5.1.1	Caracterizaç3o dos participantes	60
5.1.2	Cálculo do coeficiente de orientaç3o para inovaç3o	63
5.1.2.1	Análise descritiva e fatorial explorat3ria.....	64

5.1.2.2	Análise fatorial confirmatória.....	65
5.1.2.3	Itens relevantes do fator gestão de competências e monitoramento do ambiente externo	67
5.1.2.4	Itens relevantes do fator ambiente de estímulo à aprendizagem	68
5.1.2.5	Coeficiente de orientação para inovação	70
5.1.2.6	Relação entre a orientação para inovação e variáveis organizacionais...	72
5.2	ETAPA QUALITATIVA	74
5.2.1	Caracterização dos participantes	74
5.2.2	Ações inovadoras.....	76
5.2.3	Resultados sintetizados de acordo com o modelo conceitual da capacidade inovadora	78
5.3	RESULTADOS INTEGRADOS.....	95
6	DISCUSSÃO	97
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	97
6.2	ETAPA QUANTITATIVA.....	99
6.2.1	Orientação para inovação	99
6.2.2	Itens relevantes do Fator 1 - Gestão de Competências e Monitoramento do Ambiente Externo	100
6.2.3	Itens relevantes do Fator 2 - Ambiente de Estímulo à Aprendizagem..	107
6.2.4	Coeficiente de orientação para a inovação	112
6.2.4.1	Relação entre a orientação para inovação e variáveis organizacionais.	113
6.3	ETAPA QUALITATIVA	115
6.3.1	Capacidade de inovação	115
6.3.1.1	Processos da capacidade de inovação.....	116
6.3.1.1.1	Criação do conhecimento.....	116
6.3.1.1.2	Absorção do conhecimento	125
6.3.1.1.3	Integração do conhecimento	130
6.3.1.1.4	Reconfiguração do conhecimento	133
6.3.1.2	Recursos organizativos.....	137
6.3.1.2.1	Capital humano	137
6.3.1.2.2	Liderança.....	143
6.3.1.2.3	Cultura.....	147
6.3.1.2.4	Estrutura e sistemas.....	150
6.4	LIMITAÇÕES.....	155

7	CONCLUSÕES	156
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	158
	REFERÊNCIAS.....	161
	APÊNDICE 1 – AUTORIZAÇÃO DO USO DA ESCALA DE ORIENTAÇÃO PARA INOVAÇÃO	189
	APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA...	190
	APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL DE SAÚDE – ETAPA QUANTITATIVA.....	191
	APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA QUANTITATIVA - GESTOR	193
	APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ETAPA QUALITATIVA – PROFISSIONAL DE SAÚDE	195
	APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA QUALITATIVA – GESTOR.....	197
	ANEXO 1 – ESCALA DE ORIENTAÇÃO PARA INOVAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS	199
	ANEXO 2 – TERMO DE APROVAÇÃO DO CEP	201

APRESENTAÇÃO

Apresento-me como profissional a fim de contextualizar e relacionar a minha inserção acadêmica e a busca pelo objeto de pesquisa com a minha trajetória profissional.

Em 2007 fui contratada como enfermeira da Atenção Primária à Saúde (APS) e me deparei com as atividades gerenciais frente a uma equipe de enfermagem e do serviço de saúde, além de prestar assistência aos usuários. Considerava o trabalho de liderança, de propor e implementar mudanças, de negociar e demais atividades relacionadas ao gerenciamento como necessárias e que demandavam o desenvolvimento de competências específicas a fim de conduzir o trabalho com êxito e satisfação.

Ainda nesse tempo, reaproximei-me da educação pelo Projeto de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e dos professores da disciplina de administração em enfermagem. Cito a reaproximação, pois tinha trabalhado como docente e coordenadora dos cursos de técnico e auxiliar de enfermagem (AE) do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) por 16 anos, além de ter participado da capacitação de agentes comunitários de saúde e de outros profissionais já como enfermeira da APS, portanto, sempre transitei como enfermeira educadora.

No meu contato com os professores do PET-SAÚDE, fui convidada a participar do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) e conheci as linhas de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem e Políticas e Práticas de Saúde e de Educação em Enfermagem, e pouco a pouco consolidou-se o desejo de avançar nos estudos por meio do mestrado no qual optei por trilhar pela linha do gerenciamento.

Embora já trabalhasse como enfermeira na APS, queria ampliar a minha atuação em outros espaços como na graduação em enfermagem, porém, não sem antes me aproximar da pesquisa, pois tinha a convicção de que precisaria desenvolver competências nas diversas dimensões da enfermagem, com maior ênfase na pesquisa.

Em determinados momentos indaguei quanto à minha escolha em participar de um grupo de pesquisa com ênfase em políticas e gerenciamento de práticas de enfermagem, saúde e educação. Seguidamente concluía que o gerenciamento era e

continua sendo um dos grandes desafios no mundo do trabalho e no meu cotidiano nos diversos contextos nos quais tenho me inserido nos últimos anos.

Ao dar continuidade nos estudos, como mestranda do Programa de Pós-Graduação da Enfermagem (PPGENF) na Universidade Federal do Paraná, pesquisei sobre as competências gerenciais do enfermeiro para a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Evidenciei a complexidade da mudança e sua amplitude, muito maior do que apenas a inclusão de equipes de Saúde da Família (eSF), reorganização do território e o atendimento por uma equipe multiprofissional. À medida que fui avançando na dissertação de mestrado, tendo como cenário de estudo as Unidades de Saúde (US) que implantaram a ESF e que evidenciaram ações inovadoras propostas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em 2013, percebi que esse processo impactou gestores, profissionais assistenciais e os usuários do sistema; e que alguns gestores enfrentavam os desafios da implantação de mudanças, muitas delas, como ações inovadoras, com maior dificuldade do que outros.

Ainda na fase de análise de dados, iniciei minha trajetória profissional como integrante da coordenação do acesso e vínculo do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS); dentre as minhas atribuições destacava-se a de ativar mudanças no processo de trabalho para ampliar o acesso e o vínculo. A educação permanente em saúde (EPS), focada nos gestores locais (GL), distritais e profissionais das equipes assistenciais, tinha um cunho inovador e visava fortalecer o modelo assistencial voltado às necessidades dos usuários.

Nos diferentes espaços proporcionados para a EPS, frequentemente me deparava com gestores e profissionais de saúde que expressavam certa passividade, impotência ou mesmo frustrações frente às estratégias inovadoras para a APS do município, propostas ou implantadas e não sustentadas. Também encontrava profissionais motivados, focados nas necessidades dos usuários, que propunham e implantavam ações inovadoras em parceria com a equipe de saúde e que gradualmente ampliavam o acesso e vínculo com os usuários.

Ao vivenciar a prática profissional e da pesquisa concomitantemente, as infinitas possibilidades de gerar e adquirir conhecimento, e a necessidade da enfermagem ampliar suas diversas dimensões de atuação profissional, ousei ingressar novamente no estudo formal, desta vez, pelo doutorado.

Na minha atuação como enfermeira, ora no gerenciamento, ora na assistência, me deparo incessantemente diante do objeto desta pesquisa, a gestão da inovação na APS, em contextos favoráveis e outros limitantes. Evidencio a sua complexidade tanto no macro como no microambiente do trabalho, e que torna o meu papel enquanto pesquisadora na APS ainda mais desafiador. Sendo assim, me despertou o interesse de contribuir com o desenvolvimento de pesquisas que focam na gestão da inovação na APS.

Esta pesquisa está focada na Orientação para a Inovação e na Capacidade Inovadora na APS. Insere-se na linha de pesquisa Gerenciamento de ações e serviços de saúde e enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Esta linha de pesquisa contempla o planejamento, organização, gerenciamento e avaliação de ações e serviços de saúde, modelos assistenciais/gerenciais, processo de trabalho e outros temas afins. Integra o projeto denominado "Gerenciamento em Saúde e Enfermagem: formação e prática profissional na perspectiva das competências" coordenado pela Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres.

Após uma breve apresentação da minha trajetória profissional e relação com o objeto dessa pesquisa, segue o primeiro capítulo com a introdução e a revisão de literatura referente à inovação. Os objetivos, geral e específicos, são apresentados no segundo capítulo. No terceiro capítulo, o referencial teórico adotado para análise dos dados qualitativos. No quarto capítulo, intitulado Materiais e Métodos, é descrita a metodologia adotada, o referencial metodológico, o cenário e participantes de pesquisa, as etapas de pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e a análise de dados. No quinto e sexto, respectivamente, apresento os resultados e a discussão dos dados. Finalizo com as conclusões, considerações e recomendações desta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) está inserida no sistema de saúde brasileiro denominado Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada a sua principal porta de entrada. Tem as atribuições de coordenar, integrar os diferentes serviços e oferecer uma atenção voltada à pessoa e sua família na maioria das condições de saúde (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2017; BRASIL, 2017), o que requer mudanças e aprimoramento contínuo diante de uma sociedade que integra um sistema político, econômico e social dinâmico.

No Brasil, a APS resulta da construção e experiência de um conjunto de atores envolvidos, entre eles: usuários, diferentes movimentos sociais, trabalhadores e gestores. A Estratégia Saúde da Família (ESF), identificada como forma prioritária para reorganizar a APS, foi evidenciada como estratégia fundamental para a melhoria das condições de saúde da população, embora ainda esteja em construção e ampliação (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2017; HONE et al., 2017; BRASIL, 2017).

A implantação da ESF e as mudanças impulsionadas pelo modelo de atenção proposto num contexto das políticas públicas, determinantes sociais e econômicos visam estrategicamente contribuir para melhorar a saúde integral da população, que é fomentada por meio de um modelo assistencial que tem em seu eixo central a necessidade do usuário e de sua família. Quanto ao trabalho dos profissionais, a atuação é pautada na equipe multiprofissional, na qual médicos e enfermeiras são generalistas. A organização da assistência serve para facilitar o acesso à saúde pela população e promover maior abrangência do cuidado, denominado cuidado integral (ALMEIDA; SANTOS, 2016; BRASIL, 2017).

No entanto, o desenho assistencial é definido pela rotina diária e pelos interesses que se constroem no cotidiano dos serviços de saúde (FERTONANI et al., 2015), o que faz com que o atendimento do usuário integralmente, de acordo com as suas necessidades, pela organização do serviço de saúde, seja um dos desafios do SUS. O desenvolvimento da prática assistencial alinhada aos atributos da APS tem sido uma dificuldade em muitos serviços de saúde e objeto de muitos estudos que evidenciam resultados aquém dos esperados (SILVA et al., 2014; SOUZA; SILVA; XAVIER, 2017).

O aumento de gastos públicos com a saúde em decorrência do envelhecimento da população e da crise econômica que assola principalmente os países em desenvolvimento, o impacto do estilo de vida saudável e a qualidade da assistência, dentre muitas evidências que fundamentam a importância do cuidado com a saúde, demandam melhor utilização dos recursos disponíveis para a saúde. Portanto, mudanças estruturais e organizacionais são necessárias para que os atributos essenciais da APS sejam reafirmados na prática (ALMEIDA; SANTOS, 2016).

Esse cenário desafiador, tanto para os gestores, profissionais de saúde como para a própria população, requer ações inovadoras. Esta demanda é confirmada pelas pesquisas referentes à inovação em diversos contextos e enfoques (ASLANI; ZOLFAGHARZADEH; NAARANOJA, 2015; MARTINEZ et al., 2017).

Originalmente, o termo inovação foi atrelado ao valor econômico. Schumpeter (1982) remete à inovação, as 'novas combinações' para produzir uma unidade de produto; ao descrever a teoria do desenvolvimento econômico, enfatiza a necessidade de agregar valor maior ao que já existia. Atualmente, diferentes áreas do conhecimento e perspectivas teóricas caracterizam a inovação como um produto, um bem ou um serviço, um processo, um método de marketing ou uma nova prática organizacional. Este conceito tem como pré-requisito ser novo ou significativamente melhorado numa organização, não necessariamente uma invenção. No entanto, para ser considerada como inovação, é necessário ser implantada (OECD, 2018a).

Numa revisão sistemática sobre a difusão da inovação em serviços organizacionais, Greenhalgh et al. (2004, p.582) definem a inovação como “um novo conjunto de comportamentos, rotinas e formas de trabalho que visam melhorar a saúde, resultados, eficiência administrativa, custo-eficácia ou experiência dos usuários e que são implementados por ações planejadas e coordenadas”. Este conceito será adotado como referência nesta pesquisa.

Bekkers e Tummers (2018) ressaltam a diferença básica entre inovação e melhoria, sendo aquela algo completamente novo, que não tem continuidade com o velho. Citam as inovações de produtos ou serviços, de processo, na governança e inovação conceitual. Esta é exemplificada com a mudança na perspectiva de ver o outro na sua capacidade para o trabalho e não na sua deficiência.

Numa recente revisão bibliográfica na qual se buscou o estado da arte e as perspectivas de futuras pesquisas relacionadas à inovação em serviços, Léo e Tello-

Gamarra (2017) afirmam que, anteriormente, o âmbito das pesquisas estava atrelado à busca em conceituar a inovação. Atualmente, o foco está em pesquisar como ela ocorre e há uma tendência de pesquisa à inovação em serviços e sua ligação com outras áreas.

Gallouj et al. (2015), ao fazerem uma análise da previsão sobre os futuros da economia de serviços na Europa, afirmam que o seu crescimento implica em inovações nos serviços. Essas inovações consistem em incluir algo novo a fim de solucionar um problema, o que melhora o serviço e gera benefícios para o usuário.

Dentre as características das inovações de serviços, como diferenciação de um produto como bem, Djellal, Gallouj e Miles (2013) citam a intangibilidade e interatividade. A intangibilidade remete ao produto que, ao ser produzido, já é consumido. A interatividade tem como pressuposto que há uma relação entre aquele que fornece o produto caracterizado como serviço, e o consumidor, usuário ou o beneficiário do serviço.

Segundo Stoshikja, Kryvinskaa e Strauss (2016), em um estudo sobre sistema e inovações em serviços, citam que estes são interacionais e colaborativos entre o fornecedor que aplica o conhecimento e o cliente que recebe algum benefício dele, que tenha valor. Gallouj et al. (2015) recomendam que essa melhoria no serviço prestado traga proveito ao seu usuário.

As inovações de serviço geralmente são caracterizadas por mudanças contínuas que muitas vezes não são identificadas como inovações, denominadas incrementais, já citadas por Zhou, Yim e Tse (2005). Aguilar-Olaves, Herrera e Clemenza (2014) afirmam que há maior tendência das incrementais no setor de serviços conforme um estudo realizado na Espanha. Diferentemente quando se implementa uma mudança relacionada a um produto que é identificado como um evento isolado, denominada como uma inovação radical (OECD, 2018a; GALLOUJ et al., 2015; CUNHA; SEVERO, 2017). Ressalta-se que as tecnologias de informação e comunicação e outras como a biotecnologia têm afetado a transformação e/ou surgimento de novos serviços (GALLOUJ et al., 2015).

Essas inovações têm sido fomentadas como estratégias para o enfrentamento dos desafios sociais, ambientais e econômicos. Dentre esses desafios sociais está o envelhecimento da população que demanda mais serviços, já que os tradicionais não são capazes de suprir todas as necessidades (GALLOUJ et al., 2015). Stoshikja,

Kryvinskaa e Strauss (2016) afirmam que o desafio da inovação em serviços está relacionado à grande necessidade dos envolvidos e a sua diversificação.

Essa capacidade inovadora está alicerçada nas capacidades dinâmicas que, ao serem desenvolvidas nas organizações, poderão se manter de forma sustentável num contexto competitivo. Embora a APS não tenha sido concebida e alicerçada em competitividade e lucro, ao longo da sua implantação tem sofrido fortes influências do sistema capitalista, da determinação social, além das forças que entrelaçam as políticas públicas vigentes. Estas dependem de interesses políticos, investimentos financeiros, recursos humanos capacitados, infraestrutura, dentre outros, para sua implantação, no entanto, adversidades têm dificultado os avanços na assistência à saúde dos brasileiros.

1.1 A INOVAÇÃO NO SETOR PÚBLICO

Resende Junior; Guimarães e Bilhim (2013a, p.4) adotam o conceito de inovação para o serviço público de “geração e implementação de novas ideias ou padrões de comportamento inerentes aos componentes do serviço prestado, que agrega valor econômico e social à organização e seus distintos *stakeholders*”, numa perspectiva da coletividade. Já no setor privado o valor é definido predominantemente pela economia.

O setor público é caracterizado por não ser orientado para o mercado (OECD, 2018a), mas por atuar tanto na prestação de serviços como no seu consumo; influencia o crescimento de outros setores, seja por meio da regulamentação da legislação ou sua flexibilização, consultoria, auditoria, dentre outros serviços. Ressalta-se a importância do Estado na regulamentação da legislação como na questão do meio ambiente, que se bem conduzida pode levar a propostas inovadoras eficazes com ganhos para o consumidor e o próprio meio ambiente. Essa intervenção do Estado pode influenciar positivamente na busca de soluções inovadoras para a questão do envelhecimento da população e seus desdobramentos para os serviços de saúde, economia e para a sociedade. Nesse sentido, o setor público tem um papel significativo no desenvolvimento econômico e social (GALLOUJ et al., 2015).

O conhecimento é tido como essencial no contexto da inovação no setor público e o seu gerenciamento para novas ideias é crucial, além da importância da rede colaborativa que os governos adotam cada vez mais como estratégia para

responder às necessidades dos cidadãos (CAVALCANTE; CAMÕES, 2017). O conhecimento é citado por Cavalcante e Cunha (2017, p. 29) como um dos princípios que norteia a inovação no setor público, além da “interação, colaboração, tentativa-erro” e do amadurecimento das inovações a longo prazo. Gallouj et al. (2015) alertam que as evidências inovadoras no serviço público ainda estão muito direcionadas à área tecnológica e que se deve incluir a inovação não tecnológica.

Kattel e Karo (2016) enquadram as funções do Estado em relação à inovação em seis formatos, dentre os quais citam as inovações nos serviços públicos que implicam em mudanças na gestão e/ou na prestação de serviços à população.

Segundo Cunha e Severo (2017), o setor público tem reconhecido o valor da inovação no seu contexto e o Estado tem se revelado como protagonista de inovações. Cavalcante e Cunha (2017) justificam essa ação do setor público como resposta à complexidade dos problemas, os chamados *wicked problems* aos orçamentos limitados, as mudanças que ocorrem na economia, política, social e tecnológica, num contexto de globalização e em rede. Além das falhas do governo, que impacta no desperdício de recursos, citam a reivindicação por melhores serviços e formulação de políticas.

Bekkers, Edelenbos e Steijn (2011) já referiam que a inovação no setor público não se limita à efetividade e à eficiência declarada na literatura da Nova Gestão Pública, mas como imperativo para o enfrentamento dos desafios sociais evidentes e complexos.

Cavalcante e Cunha (2017) reforçam que a complexidade exige respostas cada vez mais criativas e inovadoras em relação às políticas públicas. As tendências que predominam estão no uso de tecnologias de informação e do trabalho em redes a fim de melhorar a qualidade e eficiência do serviço público. Afirmam que o contexto social e político influencia na viabilização das inovações no setor público e por isso são mais incrementais do que radicais.

Bekkers, Edelenbos e Steijn (2011) discutem o papel do governo, suas competências e estilo de liderança frente à necessidade da inovação social, que inclui a organização da própria comunidade, denominada de auto-organização, a fim de fortalecer a participação social diante das suas necessidades. Apontam para mudanças no setor público que requerem uma liderança que conecte o ambiente externo e interno, além de alterar o modelo dominante por parte do governo, com o propósito de ampliar a participação social nas inovações necessárias. Oliveira e

Santos Junior (2017) advertem que o valor da inovação está no efeito benéfico que produz e não na ação por si só.

Os fatores que mais influenciam as inovações, de acordo com uma análise realizada por Cavalcante e Camões (2017) referente ao relatório dos finalistas do Concurso Inovação no Setor Público (CISP) no Brasil foram: a vantagem relativa, ou seja, a inovação sendo melhor do que o processo ou serviço anterior; o custo benefício; a folga organizacional; a rede ou a cooperação entre as organizações; e a liderança e os resultados. Os objetivos mais frequentes, na análise realizada, foram: qualidade, eficácia e eficiência. Internacionalmente citam-se uma série de estudos sobre fatores indutores da inovação, dentre eles um relatório referente ao setor público da Europa o qual evidenciou que a cultura, estratégia, capital humano, incentivos e recompensas, lideranças, capacidades organizacionais, de inovação e boa governança são variáveis que influenciam no sucesso da inovação (EUROPEAN COMMISSION, 2013).

Quanto aos obstáculos à inovação, Resende Junior, Guimarães e Bilhim (2013a) citam que a mudança dos gestores remete à falta de continuidade nos projetos, falta de planejamento para transferir o conhecimento para novas equipes, a resistência que se tem à mudança e falta de investimento na política corporativa para inovação e no desenvolvimento de líderes inovadores. A literatura aponta que nesse setor há uma resistência em tentar algo novo, arriscar e falhar (DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013).

Um dos desafios do serviço público é associar a inovação ao interesse público e não somente ‘inovar por inovar’, a fim de que os serviços sejam mais eficientes e efetivos. Há de se considerar que nem sempre a inovação tem um efeito benéfico, além de que existe uma lacuna na pesquisa referente à avaliação das ações implementadas, com o intuito de identificar o quanto a inovação interferiu positivamente na qualidade, na eficácia e eficiência do serviço (DE VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2015).

Resende Júnior, Guimarães e Bilhim (2013a, p.11) concluíram que a inovação no setor público agregará valor para os diversos grupos envolvidos e interessados quando “considerar práticas de orientação para inovação no conjunto de seu sistema organizacional”. Dentre essas práticas de orientação mais utilizadas estão a de compartilhar o conhecimento entre os funcionários, a sua qualificação a fim de melhorar os processos e serviços, bem como o alinhamento dessa qualificação às

estratégias da empresa. Além dessas práticas, os autores citam o incentivo ao relacionamento com outras organizações e a busca por melhorias internas a partir dessas organizações parceiras, implementação dessas ações para aprimorar o processo de trabalho, utilização de referenciais externos para avaliação interna, observar outras organizações e suas atividades. Ressaltam que a instituição com bom desempenho inovador e orientada para tal, é caracterizada por uma liderança com visão e capaz de mobilizar pessoas.

No setor público, diferentemente do sistema privado que relaciona a inovação diretamente à obtenção de lucro, a inovação precisa ser benéfica ou vantajosa para os servidores públicos, gestores, políticos e os próprios usuários do serviço. A inovação implica em acrescentar conhecimento ao anterior, proporcionar algo que seja para todos, público, e que o serviço prestado seja de boa qualidade (RESENDE JUNIOR; GUIMARÃES; BILHIM, 2013a).

A Comissão Europeia e a OCDE elaboraram a quarta edição do Manual de Oslo que apresenta as diretrizes para coletar dados e medir a inovação numa organização, não restrita ao âmbito empresarial (OECD, 2018a).

Ressalta-se que a avaliação e mensuração no campo da inovação no setor público não é muito explorada, segundo um estudo publicado no observatório de inovação do setor público da OCDE (CUNHA, 2017). No entanto, este autor cita alguns exemplos de mensuração em países que a utilizaram para institucionalizar a inovação conceitual e metodológica.

Resende Júnior, Guimarães e Bilhim (2013a) apresentam uma escala de orientação para inovação para mensurar a abertura da organização pública para a inovação. Eles fundamentam a orientação para inovação no constructo apresentado por Zhou, Yim e Tse (2005), que afirmam que uma organização orientada para a inovação é aberta para novas ideias e tende a realizar a mudança, seja pela adoção de novas tecnologias ou também de recursos, suas habilidades e sistemas administrativos.

1.2 A INOVAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No sistema de saúde, a inovação abrange a introdução e a implementação de ideias, serviços, tecnologia, métodos de trabalho e produtos que contribuem na qualidade da assistência e benefícios aos usuários (ÁLVAREZ-PULIDO; SERRANO-

CÁRDENAS; BRAVO-IBARRA, 2017). Bruno-Faria e Fonseca (2014, p.33) afirmam que o ambiente atual das organizações exige “profundas mudanças tecnológicas, de negócios e valores”, por outro lado, há um tensionamento entre a capacidade de inovação e o aumento das demandas.

Alguns outros aspectos da inovação caracterizados como centrais são a cultura organizacional e as atitudes dos gestores (UZKURT; KUMAR; ENSARI, 2013). Soma-se a essa constatação o fato de que as organizações de sucesso têm a inovação como um dos seus valores, além da criatividade que também se expressa na sua estrutura (DOBNI, 2008).

Ressalta-se que a pesquisa referente à inovação no contexto do serviço público foi negligenciada por muito tempo. Djellal, Gallouj e Miles (2013) citam a influência política, a falta de recursos para essa finalidade, pouca pressão do consumidor ou sua dispersão e a resistência de algumas categorias profissionais, que são apontadas como possíveis causas. No entanto, também evidenciam setores públicos como universidades, laboratórios, serviços de saúde, entre outros, que têm desenvolvido atividades de inovações.

A gestão em saúde, especificamente na APS, tem sido pesquisada sob diversos enfoques, dentre os quais, sua relação com a política de saúde, a gestão de pessoas, de recursos materiais, financeira, entre outros, e compreende o manejo que se tem dessas organizações (PIRES et al., 2019).

De acordo com o Manual de Oslo (OECD, 2018a), a gestão da inovação inclui o planejamento, a governança e o controle dos recursos para a inovação; a forma de como as ideias para inovação serão geradas e como esta poderá mudar a posição da organização. Ao transladar esta mudança de posição para o serviço público e da APS, pode-se afirmar que a gestão da inovação pode contribuir para uma APS robusta e de alta credibilidade que atende as necessidades da população.

A importância da APS na RAS e no sistema de saúde, tanto brasileiro quanto internacional, foi evidenciada ao longo dos anos, no entanto, diante das mudanças tecnológicas, epidemiológicas, sociais, econômicas, políticas, dentre outras, o SUS requer avanços a fim de consolidar princípios que o regem. Portanto, a transformação e a inovação são fundamentais para a continuidade e melhoria do sistema para evitar sua reversibilidade com prejuízos à população (DE SOUZA et al., 2019).

Dentre os estudos referentes à mudança e inovação, várias teorias têm surgido. A Teoria da Prontidão Organizacional para a mudança é um dos referenciais

teóricos utilizados na área da saúde. Essa teoria se refere ao compromisso de mudança dos profissionais da organização e o compartilhamento da crença de que tem capacidade coletiva de fazer a mudança e, quanto maior a prontidão organizacional, maior a possibilidade de efetividade da mudança. Assim, para a capacidade de implementação da mudança, três determinantes principais devem ser considerados: as demandas de tarefas, a disponibilidade de recursos e fatores situacionais (WEINER; LEWIS; LINNAN, 2009).

Um estudo referente aos cuidados primários relacionados à depressão utilizou este referencial para identificar os fatores associados à prontidão organizacional para implementar a intervenção, dentre os quais estão as barreiras e facilidades para a prontidão (RUBENSTEIN et al., 2014).

Os conceitos de inovação utilizados na saúde estão articulados com os oriundos da área de administração. Foster et al. (2016), num estudo sobre inovação local na APS relacionada à implantação de uma nova estratégia para o atendimento dos diabéticos, citam o conceito de Greenhalgh et al. (2004) descrito anteriormente e que aponta para novas ações implantadas, previamente planejadas e que trazem algum tipo de benefício.

As competências gerenciais propostas por Quinn et al. (2015) foram relacionadas ao processo de ampliação da ESF para promover a mudança: implementar e sustentar a mudança, negociar acordos e compromissos, usar o poder e a influência com ética e efetividade, patrocinar e vender novas ideias e estimular e promover inovação (LOWEN et al., 2015). No entanto, a complexidade da mudança desafia para a compreensão de como a organização muda e transforma o seu ambiente, nesse caso, a APS.

Numa revisão bibliográfica referente à inovação na APS, constatou-se um número significativo de estudos que abordaram diferentes aspectos dessa temática, relacionados aos sistemas de saúde, resultados da prática inovadora, focados no trabalhador de saúde, fragilidades e potencialidades do processo e a liderança. Foster et al. (2016) afirmam que a inovação requer estratégias no macro e micronível, que se deve levar em conta os recursos humanos existentes, pois influenciarão na priorização de ações e na determinação do tempo. Consideram a complexidade da implantação da inovação no microambiente, influenciado por fatores sistêmicos e organizacionais, apesar de ser liderada localmente.

Báscolo, Yavich e Denis (2016) relatam que as lições aprendidas com as evidências indicam que os processos de reforma destinados a produzir sistemas de saúde baseados em uma abordagem abrangente de APS exigem ação coletiva com uma composição dinâmica. Essa composição inclui atores de diversos campos institucionais com capacidades para enfrentar desafios técnicos e políticos durante as diferentes etapas do processo de mudança.

Estudos referentes à inovação têm evidenciado os resultados da prática inovadora implantada (NODARI et al., 2015; HAWE et al., 2015), no entanto, outros aspectos do processo têm sido pesquisados, dentre os quais, a importância do contexto na transposição de uma prática inovadora, visto que pode interferir negativamente e não resultar em benefícios como evidenciado no contexto primário (ADONGO et al., 2014).

A implementação da inovação e sua relação com o trabalhador também tem sido pesquisada sob diferentes perspectivas. Um estudo realizado na Inglaterra evidenciou que gestores e funcionários percebem maior pressão e insatisfação nesse processo. Os resultados sugerem que se considerem os sentimentos, as diferenças e os vários interesses dos trabalhadores, que se dê maior apoio por meio de liderança, encorajamento e supervisão no processo de mudança (ALLAN et al., 2014).

Outro estudo que inclui o foco no trabalhador, referente à criatividade e inovação no sistema de saúde da Finlândia, apresenta resultados relacionados a quem implementa a inovação e como é o processo e os resultados. Fatores individuais como a atitude, motivação, percepção, personalidade, satisfação pessoal, características como idade, gênero, dentre outras características organizacionais como a cultura, a comunicação, trabalho em equipe, suporte gerencial, aprendizado relacionado a técnicas de criatividade e inovação e a burocracia, são apontados como determinantes no processo de difusão da inovação. Os autores citam como lacuna significativa no sistema de saúde finlandês a falta de incentivo a métodos de resolução de problemas e ideias criativas. A falta de tempo dos médicos e enfermeiros a pensar de forma inovadora em decorrência da escassez de mão de obra, a pressão do trabalho, a competição dos diferentes níveis de atendimento, os processos burocráticos, dentre outros, são considerados características estruturais que afetam a inovação na saúde (ASLANI; ZOLFAGHARZADEH; NAARANOJA, 2015).

Um estudo referente à APS no México evidenciou que, ao implantar o uso de tecnologias, faz-se necessário que estas sejam adaptadas à realidade, que haja apoio

político e que se considere que os relacionamentos pessoais entre profissionais e usuários interferem na implantação da mudança, bem como na comunicação durante o processo (CONYER et al., 2016).

A liderança tem sido apontada como essencial na disseminação e implementação de práticas inovadoras na APS (JOHNSON et al., 2014) que necessitam diferentes habilidades de liderança de acordo com a fase de implantação (MCMULIEN et al., 2013). A importância de determinados líderes 'operacionais', profissionais assistenciais denominados facilitadores, são evidenciados como quem influencia e facilita a criação e sustentação de novas práticas (DONAHUE et al., 2013). Em outro estudo referente a facilitadores, são definidas quatro fases de implementação e as atividades em cada uma delas: decisão do que implantar, planejar, coordenar e avaliar. Os autores relatam vários problemas denominados contextuais, como a comunicação interna, má liderança, resistência na adesão da prática baseada em evidência, entre outros (WATERMAN et al., 2015).

Quanto à identificação dos determinantes da implementação da inovação, ou seja, dos fatores que facilitam ou impedem a mudança, Fleuren, Wiefferink e Paulussen (2004) realizaram uma análise sistemática da literatura associada a um estudo Delphi. Ressaltam que o conhecimento sobre os determinantes da inovação como os contextos sócio-políticos, as características da organização, a pessoa adotante, o usuário ou profissional de saúde, os relacionados à inovação e as instalações necessárias para implementar a inovação, são fundamentais para alinhar a estratégia para a implementação aos determinantes e assim possibilitar maior sucesso nos resultados. Afirmam que, se a estratégia não for projetada sistematicamente, a mudança talvez não ocorra.

Em novembro de 2015, a OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) publicou o relatório econômico referente ao Brasil que sinaliza algumas fragilidades e avanços nos diversos setores, dentre eles, o da saúde. Cita vários autores que evidenciam progressos na área da saúde nas últimas décadas, como a assistência na APS e algumas intervenções específicas como a vacinação, a assistência à mulher e à criança, as condicionalidades na saúde do programa Bolsa Família e o aumento da expectativa de vida ao nascer. No entanto, o relatório refere que os gastos com os serviços hospitalares, que inclui os ambulatoriais, ainda é muito maior do que com a APS na qual não se investe o necessário e não há resolutividade que se poderia esperar nesse nível de atenção. Também cita o gasto significativo com

medicamentos que inclui os que são liberados devido às ordens judiciais, sem considerar o custo-efetividade (OECD, 2015).

Como desafios enfrentados pelo SUS, além da falta de acesso, são citados o aumento da população idosa e a importância de aprimorar a governança na APS (OECD, 2015), o que implica em melhorar o sistema público e maior financiamento para a área da saúde. Neste relatório, infere-se que com os atuais investimentos na área da saúde, o Brasil poderia aumentar a eficiência dos seus gastos.

Atrasos e dificuldades de acesso a tratamentos foram apontados como uma das dificuldades no sistema de saúde público e que aumenta com a complexidade do atendimento, sendo uma justificativa da procura pelos planos privados. Parte dessa problemática é a falta de médicos e a distribuição desigual desses profissionais no país (OECD, 2015).

O relatório de 2018 da OECD aponta que vários indicadores de bem-estar, dentre os quais o da saúde, continua abaixo da média. Ressalta que as desigualdades relacionadas à renda e oportunidades afetam o bem-estar e aponta para a necessidade de maior eficácia nos gastos públicos com a transferência adequada, somadas a melhorias na educação e na saúde a fim de avançar na área social. Em relação a outros países, evidenciam a baixa eficiência dos gastos públicos. Gastos com despesas de alto custo sem preocupação com o custo-benefício, a dedutibilidade fiscal das contribuições aos planos privados de saúde são fragilidades evidenciadas (OECD, 2018b). Esse panorama e recomendações remetem à necessidade de mudanças e inovações no setor público, já citadas anteriormente.

Ainda em relação às barreiras e facilidades, estudo referente à reforma da APS em cinco estados do Canadá evidenciou que certas barreiras num contexto podem ser consideradas facilidades em outro. Constatou-se que diversas legislações foram necessárias para apoiar as reformas relacionadas ao escopo do trabalho dos profissionais, bem como o aporte financeiro necessário às mudanças. Destacaram a importância do médico como agente de inovação. Dentre as suas contribuições foi citada a diminuição da resistência à mudança dos demais, além de atuar na governança. Os autores citam a importância dos *champions*, os quais agem como modelos para favorecer novos modelos ou avanços em iniciativas emergentes, a receptividade à mudança, além de evidenciar a participação da comunidade como fundamental, porém esta não ocorreu em todos os estados (LEVESQUE et al., 2015).

A APS, considerada o pilar na assistência à saúde, é caracterizada pela necessidade ter atributos essenciais – o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. O acesso compreende o primeiro contato com um profissional para atender o usuário a fim de reduzir a morbimortalidade da população. A longitudinalidade está associada à continuidade do cuidado a fim de que haja vínculo e interação com a equipe para dar seguimento à assistência ao longo do tempo. A integralidade é caracterizada pelo atendimento a todas as necessidades e pelos diversos serviços e profissionais para cada situação. Prevê-se que a coordenação do cuidado ocorra na APS em relação aos diversos níveis de atenção numa rede de atenção à saúde (RAS) (STARFIELD, 2004).

Esses atributos citados têm sido avaliados em diversos estudos que apontam para mudanças necessárias para que de fato a APS seja centrada nas pessoas (SILVA et al., 2014; SOUZA; SILVA; XAVIER, 2017), para as quais a função gerencial executada com competência poderá contribuir significativamente (THE LANCET, 2014).

Portanto, as diversas perspectivas da inovação pesquisadas e descritas anteriormente a partir da revisão de literatura condizem com o conceito de Greenhalgh et al. (2004). Este conceito permeará a discussão dos dados dessa pesquisa, pois a inovação implica em planejamento e coordenação, visa mudanças nos processos de trabalho e melhorias a fim de beneficiar direta ou indiretamente o usuário, seja a partir da criação de um produto caracterizado como uma inovação radical, ou incremental, na qual se agrega algo com intuito de melhorar o produto, serviço ou rotina de trabalho.

Para identificar e implementar a inovação, Resende Junior, Guimarães e Bilhim (2013a) afirmam que as condições da instituição para gerir e difundir a inovação, a sua cultura relacionada à sustentação de aspectos relacionados às novas ideias e o papel dos gestores nesse processo devem ser considerados.

A APS presta serviço à população, portanto a inovação em serviços é uma das perspectivas de estudo para compreensão do processo inovador. Ferreira et al. (2015, p. 102) afirmam que têm sido elaborados modelos teóricos próprios para melhor compreensão do fenômeno ao invés de utilizar "teorias de inovação hegemônicas" embasadas no setor industrial.

Outro aspecto abordado refere-se à capacidade de inovação, que Lawson e Samson (2001) conceituam como a capacidade de transformação de ideias e

conhecimento, não só em produtos como também em processos e sistemas. Os autores citados ressaltam que não existe uma fórmula que se possa generalizar para essa capacidade. Sorensen e Torfing (2012) afirmam que há certo ceticismo em relação à capacidade de inovação no setor público do que no setor privado, e que o setor público é muito mais inovador do que há algumas décadas, embora não tenha essa reputação.

Bravo-Ibarra e Herrera (2009) elaboraram um modelo conceitual de capacidade de inovação fundamentado em quatro processos: a criação do conhecimento, a absorção do conhecimento, a integração do conhecimento e a reconfiguração do conhecimento, que são apoiados por quatro recursos organizativos: o capital humano como atores, a liderança, a cultura e as estruturas e sistemas, o qual será utilizado como referencial teórico nessa pesquisa.

A necessidade de melhorar os serviços de saúde visando a qualidade e a contenção de gastos por meio da inovação organizacional é reconhecida atualmente (MARTIN et al., 2012), o que torna desafiador implementar e sustentar práticas inovadoras na APS, de acordo com estudo referente à ampliação da ESF no município de Curitiba (LOWEN et al., 2015). Portanto, faz-se necessário realizar a gestão, que consiste em aplicar o conhecimento na condução da organização pública de saúde (LORENZETTI et al., 2014), desde o microambiente de trabalho até numa esfera mais ampla como a RAS.

No município de Curitiba, a construção da atenção primária iniciou antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Pouco a pouco foi sendo consolidada e inseriu-se a prática de saúde da família, tendo como referência a proposta nacional. Buscou-se implementar ações inovadoras com mudanças no modelo assistencial, novas práticas nas unidades de saúde (US), ampliação no número e na composição das equipes, além de programas de capacitação dos profissionais da APS. Inclui também o lançamento de programas de residência médica e multiprofissional, a informatização com a inclusão do prontuário eletrônico em todas as US e parte da rede assistencial, dentre muitas outras ações, num cenário de 111 US inseridas em dez Distritos Sanitários (DS), além de uma ampla RAS (MASSUDA; POLI NETO; DREHMER, 2014; CURITIBA, 2002, 2019a).

Por outro lado, o município mantém uma APS com 44 US tradicionais, ou seja, sem equipes de saúde da família (eSF), e outras 67 com a ESF, e, apesar da expansão de profissionais e de US, tem o desafio de fazer valer os atributos essenciais

da APS. Esses atributos têm conquistado espaço nas propostas de gestão inseridas nos planos municipais de saúde e em diversos documentos e orientações técnicas (CURITIBA, 2019b).

No entanto, sua execução demanda competências gerenciais, estratégias e práticas inovadoras, caracterizadas por potencialidades e fragilidades na sua implantação (LOWEN et al., 2015, 2017; KAMI et al., 2016). No contexto da APS, a atuação da enfermagem é significativa, tanto na assistência como na gerência direta do cuidado ou ainda na atuação em diferentes cargos gerenciais, seja na US como em outros segmentos (GALAVOTE et al., 2016; MONTEZELI et al., 2018).

A proposta desta tese é confirmar que a capacidade inovadora apoia a orientação para a inovação da APS no município pesquisado. Espera-se contribuir com a identificação e ampliação do potencial inovador na APS relacionado à gestão da inovação, especificamente na orientação para inovação e a capacidade inovadora, considerando as especificidades de uma organização pública na qual gestores e profissionais assistenciais da APS podem ser agentes de mudança e inovação.

Portanto, propõe-se a seguinte questão de pesquisa: de que modo a capacidade de inovação, resultante dos processos de criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento, suportados por recursos organizativos, apoia a orientação para inovação na APS?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a orientação para inovação e a capacidade inovadora da Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a orientação institucional para inovação na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde do município de Curitiba, acerca do ambiente de estímulo à aprendizagem e de gestão de competências e monitoramento do ambiente externo;
- Relacionar a orientação para inovação e variáveis organizacionais da Atenção Primária do município;
- Analisar a capacidade de inovação na Atenção Primária à Saúde a partir dos processos de criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento e recursos organizativos, potencializadores da orientação para a inovação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se o referencial teórico adotado para a análise da capacidade inovadora da atenção primária. O conhecimento tem sido identificado como um pilar fundamental para que a inovação ocorra, portanto, adotou-se o modelo conceitual da capacidade de inovação de Bravo-Ibarra e Herrera (2009) fundamentado na criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento, apoiado pelos recursos organizativos do capital humano, liderança, cultura e estruturas e sistemas.

3.1 MODELO CONCEITUAL DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO

Muito tem sido pesquisado sobre a inovação, o processo e a capacidade inovadora das organizações. Embora sua origem não tenha sido na saúde, esta área também está inserida num contexto competitivo, no qual o resultado econômico esperado seja favorável. Ao considerar que a APS desenvolvida nos municípios é gerenciada pelo setor público, as características de competitividade e economia não têm o mesmo significado para a organização. Conforme Resende Junior, Guimarães e Bilhim (2013b, p. 258), se “este algo novo não for capaz de desafiar o conhecimento prevalecente, se não promover o bem público e a qualidade do serviço público, não se vê razão para políticos, dirigentes e servidores públicos se preocuparem”. Portanto, torna-se muito desafiador relacionar a necessidade de inovar com a motivação pela inovação e, institucionalmente, com a capacidade de inovação.

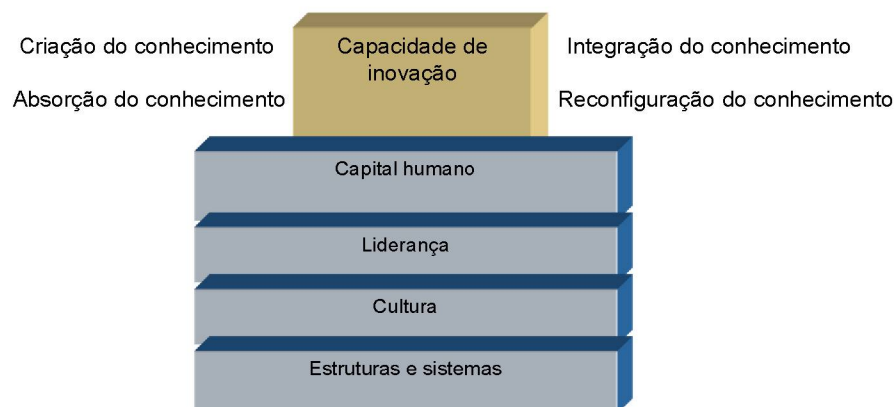
A capacidade de inovação está associada à capacidade dinâmica. Esta inicialmente foi conceituada por Teece e Pisano (1994) como competências e/ou recursos existentes na organização para criar novos produtos ou processos e responder às mudanças requeridas. Meirelles e Camargo (2014, p.55,56) definem a capacidade dinâmica “como a capacidade que é baseada em decisões deliberadas e recorrentes por processos combinatórios de capacidades que permitem criar, estender, modificar, fazendo uso de três elementos componentes: (a) comportamentos e habilidades; (b) rotinas e processos; (c) mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento”. Esses componentes são relacionados à mudança e inovação, portanto, estão relacionados às capacidades dinâmicas existentes (ou não) na organização.

A capacidade de inovação é considerada a habilidade de transformação de “conhecimento contínuo e ideias em novos produtos, processos e sistemas que beneficiam a organização e partes interessadas” (LAWSON; SAMSON, 2001, p.384, tradução nossa).

Bruno-Faria e Fonseca (2014), numa revisão de literatura referente à cultura de inovação na qual buscaram diferentes modelos teóricos, apresentam o modelo conceitual da capacidade de inovação de Bravo-Ibarra e Herrera (2009). Estas pesquisadoras da área de administração da Catalunha e da Espanha, respectivamente, propõem um Modelo Conceitual da Capacidade de Inovação baseado nas capacidades dinâmicas.

Bravo-Ibarra e Herrera (2009) ressaltam que o processo de inovação deve ser adaptado à própria capacidade de inovação de cada organização. Essa capacidade está fundamentada em quatro processos: a criação do conhecimento, a absorção do conhecimento, a integração do conhecimento e a reconfiguração do conhecimento. Esses quatro processos, a criação, absorção, integração e reconfiguração estão apoiados por quatro recursos organizativos: o capital humano como atores, a liderança, a cultura e as estruturas e sistemas, conforme FIGURA 1.

FIGURA 1 - MODELO CONCEITUAL DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO



FONTE: Adaptado de BRAVO-IBARRA e HERRERA (2009).

A criação do conhecimento na organização refere-se a um processo no qual ocorre o aumento e a disponibilidade de conhecimento produzido pelos indivíduos e compartilhado dentro da organização, para o qual é necessário colaboração e disseminação, seja entre os profissionais, como também entre as organizações ou rede colaborativa (BRAVO-IBARRA; HERRERA, 2009). Nonaka e Takeuchi (1997,

p.1), referências para o modelo conceitual da capacidade de inovação, entendem a criação do conhecimento organizacional como “a capacidade de uma empresa de criar novo conhecimento, difundi-lo na organização como um todo e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas”, ao descreverem como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação.

Esse acúmulo de conhecimento, também chamado de interação, dá-se a partir da integração do conhecimento tácito e explícito. O tácito é individual, difícil de ser comunicado, específico e consiste em insights, ideias, valores como também conhecimento técnico, e o explícito, expresso por meio de palavras e números.

Os autores Nonaka e Takeuchi (1997, p.73,78) afirmam que a interação entre o conhecimento tácito e explícito inicia por meio da sociabilização e há quatro modos da conversão do conhecimento para sua amplificação. Na socialização se compartilha e cria o conhecimento tácito, principalmente pela experiência. A externalização consiste em transformar o tácito em explícito pelo diálogo e reflexão, o que leva a “conceitos novos”. Na internalização ocorre a transformação do conhecimento explícito em tácito pela “verbalização e diagramação do conhecimento sob a forma de documentos, manuais ou histórias orais”. Também poderá ocorrer a combinação do explícito com o explícito quando diferentes conhecimentos são trocados.

Nonaka e Takeuchi (1997) referenciam autores que têm realçado a importância do conhecimento acima de seus ativos imobilizados numa organização, a fim de competir, avaliar e resolver problemas, o que requer inovações contínuas. Enfatizam a importância do conhecimento tácito que é pessoal, e que sua formalização e visibilidade são desafiadoras. Esse conhecimento deve ser convertido em explícito que é expresso de diferentes formas por meio de palavras, fórmulas etc. Essa conversão é que faz com que haja a criação do conhecimento organizacional.

A criação do conhecimento se dá de forma contínua, dinâmica e de forma interacional, o que é simbolizado na forma de espiral do conhecimento organizacional. Nonaka e Takeuchi (1997) afirmam que a organização deve manifestar sua intenção referente ao que se quer alcançar e os membros devem ter autonomia nesse processo.

A **absorção do conhecimento** é conceituada como o reconhecimento do valor do conhecimento externo, sua apropriação e uso para fins comerciais. Refere-se ao fato dos profissionais serem hábeis e estarem motivados para usá-lo na sua capacidade de inovar. Quanto maior a capacidade absorptiva das organizações, mais

proativas, sensíveis ao ambiente externo e inovadoras elas tendem a ser (COHEN; LEVINTHAL, 1990; BRAVO-IBARRA; HERRERA, 2009).

O conhecimento anterior é pré-requisito para assimilar o novo sobre determinada área e aumenta a capacidade de utilizá-lo. A diversidade do conhecimento e atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) aumentam a capacidade absorptiva na organização. Também é necessário saber qual conhecimento é necessário para determinada ação e onde encontrá-lo (COHEN; LEVINTHAL, 1990).

É preciso reconhecer o valor desse conhecimento externo, adquiri-lo e aplicá-lo, pois, segundo Aguilar-Olaves, Herrera e Clemenza (2014) o conhecimento interno não é suficiente no processo inovador.

O terceiro processo, **a integração do conhecimento**, consiste na interação, ou seja, na troca de informações entre as 'unidades funcionais' e a colaboração, entendendo-a como trabalho coletivo, também entre departamentos e/ou organizações. Grant (1996) afirma que o conhecimento é o recurso mais importante que os membros da organização tem, portanto, a essência da capacidade organizacional é a integração deste conhecimento entre seus membros, sustentado pelo processo de comunicação.

Bravo-Ibarra e Herrera (2009) afirmam que a capacidade de integração é determinada pela gestão do conhecimento e pelas rotinas da organização, sendo estas chamadas de mecanismos críticos.

Dentre os conceitos de gestão de conhecimento para a inovação, Hussinki, Kianto e Vanhala (2015) definem como o conjunto de ações gerenciais conscientes e sistemáticas que fornecem valor a partir do conhecimento na organização e que levam a ações inovadoras e confirmam a relação entre a gestão do conhecimento e o desempenho inovador da organização. Concluem que a compensação para os funcionários que se envolvem em processos de conhecimento, ao criar, utilizar e/ou compartilhar conhecimento contribui com esse desempenho inovador.

Grant (1996), principal referência em relação à importância das rotinas organizativas na integração do conhecimento afirma que para a integração do conhecimento são utilizados dois mecanismos – o direcionamento e as rotinas organizativas. O direcionamento se faz quando se transforma conhecimento tácito em explícito por meio de normas e instruções. Já nas rotinas não se faz essa transformação e não há comunicação como essência estratégica. A interação por

meio das rotinas permite a integração de conhecimentos especializados que pode levar a comportamentos aparentemente automáticos.

A reconfiguração do conhecimento consiste em recombinar o conhecimento, o que gera novas alternativas que levam a mudanças e transformações necessárias, características da inovação, facilitada pela descentralização e autonomia. Esse processo leva a ajustes que implicam em mudanças facilitadas pela autonomia e flexibilização (LAVIE, 2006; TEECE; PISANO; SHUEN, 1997).

Essa recombinação do conhecimento integrado aos produtos e atividades está baseada em uma hierarquia não rígida e uma cultura organizacional aberta nas relações com a comunidade científica, interdepartamental, clientes e funcionários e à predisposição à criatividade. Cada organização adapta o processo de inovação à sua capacidade de inovação, portanto, esse fato influencia na competitividade e resultados da organização (BRAVO-IBARRA; HERRERA, 2009).

Os recursos organizativos que são relacionados à capacidade de inovação focada no aumento e transformação do conhecimento consistem no capital humano, na liderança, na cultura e nas estruturas e sistemas.

O **capital humano** é conceituado por Leonard e Sensiper (1998) como as pessoas que têm um conjunto de conhecimento e habilidades que permite mudanças e crescimento econômico. Focam na importância do conhecimento tácito dos indivíduos que deve ser partilhado para que se torne um conhecimento coletivo e assim contribua no processo de inovação.

O capital humano está associado ao conhecimento e habilidades dos profissionais para mudanças e crescimento econômico. Este capital pode ser promovido e desenvolvido pela formação profissional, o que favorece a absorção de conhecimento e a criação de novas capacidades relacionadas à inovação.

A **liderança**, como um recurso para a capacidade de inovação, é caracterizada como transformacional e transacional. As características desses líderes é que promovem a capacidade do inovador na organização. A liderança é considerada transformacional quando o profissional é capaz de convencer seus liderados para que foquem nos interesses do grupo. Na liderança transacional o grupo aceita a influência do líder. Esses dois estilos é que mais afetam o processo de inovação (BRAVO-IBARRA; HERRERA, 2009).

Um líder transformacional leva seus funcionários à conscientização e aceitação dos interesses da empresa de forma a se engajar nesses propósitos, busca

a participação deles nas decisões a serem tomadas e estimula o seu desenvolvimento intelectual. Recomenda-se o encorajamento para adotar a liderança transformacional a fim de melhorar o desempenho da organização, principalmente quando mudanças são requeridas. Já quando há certa estabilidade na organização, é indicada a liderança transacional, que foca em troca de benefícios pelo trabalho executado (BASS, 1990).

O terceiro recurso para a transferência do conhecimento é a **cultura** da organização, conceituada como “o conjunto de valores, normas e comportamento dos membros de uma organização” (BRAVO-IBARRA; HERRERA, 2009, p.308, tradução nossa).

Essa cultura está relacionada ao fomento de interação entre os profissionais para criar novas ideias (BRAVO-IBARRA; HERRERA, 2009). Nonaka e Takeuchi (1997) ressaltam que, para a transmissão do conhecimento originado da experiência, denominado tácito, essa interação é relevante.

Tian et al. (2018) analisaram o impacto da cultura na inovação por meio de uma revisão sistemática e evidenciaram estudos sobre a cultura organizacional, ou seja, a maneira como a organização é conduzida, nas diferentes dimensões: a cultura orientada para a inovação, cultura da aprendizagem para a inovação, cultura hierárquica, dentre outras. Concluem que a cultura tem impacto tanto positivo como negativo no processo de inovação.

Fernandes et al. (2015) caracterizaram o estado da arte na articulação entre inovação e cultura organizacional e apontam para muitos estudos que identificaram várias abordagens dessa relação, dentre as quais está o gerenciamento da inovação e sua relação com a cultura.

O quarto recurso organizativo, quanto à **estrutura e sistemas** da organização, é definido como a “configuração formal dos componentes da cadeia de valor da organização em termos de fluxo de trabalho, canais de comunicação e hierarquia” (BRAVO-IBARRA; HERRERA, 2009, p. 308, tradução nossa).

Gold, Malhotra e Segars (2001) citam a importância da estrutura para estimular o compartilhamento do conhecimento e colaboração e não o seu acúmulo em algum setor específico, mas em toda a organização e além dela como 'a cadeia de suprimentos', a qual na saúde pode ser comparada com a rede de atenção à saúde. A importância de incentivar a geração de novos conhecimentos e sua divulgação é citada como uma das composições do gerenciamento do conhecimento. Estes autores

recomendam a flexibilidade da estrutura organizativa para a transferência de conhecimento.

A capacidade de infraestrutura está baseada em três dimensões: a tecnológica, de estrutura e de cultura. A tecnológica é essencial para mobilizar o capital social para criação do conhecimento. O capital social é definido como “a soma dos recursos atuais e potenciais envolvidos internamente, disponíveis por meio e derivados de uma rede de relações de uma unidade social.” (GOLD; MALHOTRA; SEGARS, 2001, p.187, tradução nossa).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo, apresenta-se a proposta metodológica que norteou a trajetória e como os materiais e métodos de pesquisa foram alinhados para os objetivos. Apresentam-se os componentes metodológicos essenciais: a abordagem da pesquisa, o referencial metodológico, o cenário de pesquisa e os seus participantes, as etapas da pesquisa e as estratégias para a coleta de dados, as propostas de análises dos dados e os aspectos éticos.

4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, ou seja, uma abordagem que inclui a combinação de elementos quantitativos e qualitativos. Essa combinação de elementos é indicada quando a complexidade do problema de pesquisa requer a exploração de 'números' e 'palavras' para uma melhor compreensão do objeto de pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013). As duas etapas serão exploratórias, acrescentada a descritiva na etapa quantitativa. A pesquisa exploratória se propõe à investigação detalhada do problema, já a pesquisa descritiva objetiva relatar as características de um grupo de pessoas, além de relacionar essas informações com variáveis (GIL, 2010).

Ao considerar a abordagem quantitativa caracterizada pelo “objetivismo puro”, e na possibilidade de agregar o “significado e a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais” dos estudos qualitativos, há a possibilidade de dissolver essa dicotomia adotando uma postura dialética a fim de que os dados objetivos e subjetivos sejam integrados para melhor compreensão e explicação das diversas dimensões do objeto específico do conhecimento pesquisado (MINAYO, 2014, p.364-365).

Aquilante e Aciole (2015) referenciam a triangulação de dados na qual combinam e cruzam os dados quantitativos e qualitativos tendo Minayo como a principal referência deste enfoque. Ressalta-se que Minayo (2014, p.54) utiliza predominantemente o termo “combinação dos métodos quantitativos e qualitativos” referindo-se ao que Creswell e Clark (2013) denominam método misto e dentro dessa combinação específica, a triangulação de métodos. Minayo (2014) refere que a triangulação de métodos é uma abordagem que integra a análise sob várias

perspectivas, das estruturas, processos, resultados, a diferentes visões sobre o fenômeno e as relações envolvidas nas ações.

Creswell e Clark (2013) definem seis opções de projetos de métodos mistos. Esta pesquisa foi baseada na estratégia paralelo convergente, no qual os dados de cada abordagem se mantêm independentes, desde a coleta até a interpretação. Nesta é que se evidencia a convergência dos resultados. O peso atribuído para os dados quantitativos é o mesmo dos dados qualitativos.

4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A hermenêutica dialética é definida como um método para análise de dados que busca a síntese da compreensão e da crítica dos processos. Minayo (2014) fundamenta essa proposta de análise nos estudos de Gadamer (2008) e Habermas (1987). Ambos filósofos alemães, baseiam suas propostas na práxis, as quais instigam à compreensão e a criticidade de uma realidade num mesmo momento.

A compreensão hermenêutica consiste em entrar “num acontecer da tradição, no qual o passado e o presente estão em contínua mediação”. A hermenêutica só se torna necessária quando se detecta um problema “no mundo da vida”, *Lebenswelt*, quando surgem incertezas e “os meios normais do entendimento falham” (HABERMAS, 1987, p.14, 87). Ocupa-se em compreender os textos que podem ser livros, narrativas, documentos, artigos, entrevistas, entre outros, e consiste em interpretar e concluir sob diversos olhares (MINAYO, 2014).

A hermenêutica consiste em interpretar a linguagem falada ou escrita a partir do todo, no entanto, este só é compreendido a partir das partes. Essa dependência de compreender o todo a partir das partes e vice-versa é denominado de ciclo hermenêutico. Schleiermacher (2005) orienta que se inicie com uma leitura superficial e se aprofunde progressivamente, e assim, as partes como o todo poderão levar à compreensão da linguagem.

Compreender, na língua alemã denominado *verstehen*, inclui entender algo (GADAMER, 2009). Nesse esforço de compreender e entender, o pesquisador, denominado de intérprete, explora o contexto e a significação do objeto a partir dos proferimentos do autor e seus destinatários. Este fato torna o exercício desafiador, pois demanda um olhar consciente para diferenciar do intérprete, o seu contexto e a sua própria compreensão.

Nesta busca pela compreensão, quer se saber o que está "por trás de uma expressão", o que está obscuro. Esta busca requer que o intérprete contextualize a fala ou texto a ser interpretado que se dá a partir do conhecimento da linguagem que o autor usa, seu contexto de vida e de fala (SCHMIDT, 2006, p. 27). Schleiermacher (2005) afirma que quanto mais se conhece o autor, mais fácil se torna a compreensão, portanto, precisa-se embrenhar no contexto do autor a fim de possibilitar maior compreensão.

Esse caminho traçado por meio da hermenêutica é caracterizado pela mediação, ou seja, pela busca da unidade, entre o passado e o futuro, ou entre o diferente e a diversidade. Ao interpretar a realidade expressa pelos participantes, o pesquisador busca as diferenças e semelhanças entre o seu contexto e o dos participantes, a compreensão do seu posicionamento e o outro, a distinção do "processo hermenêutico" do conhecimento técnico para a análise do discurso, da linguística, da fenomenologia e do objetivismo positivista, no entanto, essa compreensão nunca será completa ou total (MINAYO; 2014, p.345). Ressalta-se que segundo Schmidt (2006), a hermenêutica enquanto teoria formal subsistirá durante o tempo em que a população refletir sobre a compreensão.

A dialética, de acordo com Minayo (2014), diferencia-se da hermenêutica pois caracteriza-se pela crítica, conflito e contradição. A autora traduz a dialética em compreender o movimento da contradição, esclarecer o fenômeno a partir das relações que tem com outras partes, seu desenvolvimento e a busca de suas contradições. A dialética compreende o diálogo ou a discussão numa perspectiva da oposição, de atitude crítica, a fim de que, articulada à hermenêutica, investigue o objeto de estudo.

De acordo com a concepção de Marx, que inclui o princípio da totalidade, as histórias dos fatos econômicos, sociais e das ideias estão interligadas e na pesquisa de cunho dialético, a explicação do todo é realizada a partir das partes, consideradas como particulares, e estas, baseadas no todo, relacionando-as. A partir dessa análise evidencia-se o que é a complexidade e as diferenciações que estão no fenômeno, considerando a historicidade e a dinâmica dos fatos (MINAYO, 2014).

A análise dialética considera a realidade dos sujeitos, seus conflitos e contradições no contexto no qual estão inseridos e os seus processos na sua dimensão singular, particular e estrutural. A dimensão singular está relacionada ao âmbito do indivíduo, a dimensão estrutural representa o macroambiente e a particular,

considerada intermediária, está entre o macro e o microambiente (PERES; CHAVES; MERCHÁN, 2013; MINAYO, 2014).

A dialética busca responder os questionamentos das ciências sociais, no entanto, esse processo pela busca não termina, sempre surgirão novos questionamentos a partir dos resultados e estes sempre serão parciais e provisórios (PERES; CHAVES; MERCHÁN, 2013).

A compreensão dos conflitos e contradições que imergem no exercício dialético da realidade nas diferentes dimensões - singular, particular e estrutural, por um processo crítico e reflexivo é que permite que a realidade seja apreendida na sua totalidade. A dimensão singular caracteriza a análise do indivíduo, a estrutural está relacionada ao macroambiente como políticas públicas e a dimensão particular se relaciona ao ambiente intermediário, local, como as instituições de saúde (PERES; CHAVES; MERCHÁN, 2013; MINAYO, 2014).

Habermas (1987) afirma que a dialética e a hermenêutica podem convergir e subsistir de forma inseparada a partir da reflexão. Portanto, a diferença e a mediação não se eliminam, mas se complementam, ou então, a crítica e a compreensão da realidade se fundem na sua análise.

Minayo (2014) recomenda a perspectiva hermenêutica dialética para análise dos dados qualitativos por permitir uma análise mais completa, pois a hermenêutica "esclarece las condiciones cotidianas, del contexto y las estructuras profundas de la realidad" e a dialética "esclarece y reúne, pero también contesta y disocia, al analizar el mundo real marcado por el carácter ideológico de las relaciones de trabajo y poder" (PERES; CHAVES; MERCHÁN, 2013, p.86). A complexidade e a abrangência da área da saúde e sua relação com o contexto social, que incluem as condições e modo de vida das pessoas, se colocam como desafios para compreensão (MINAYO, 2014).

Peres, Chaves e Merchán (2013) afirmam que a enfermagem adota este método para superar as limitações de outros métodos e investigar as dimensões singular, particular e estrutural da realidade pesquisada, já que é um método de análise oriundo das ciências humanas e sociais. Portanto, justifica-se o seu uso como método de análise qualitativa, a qual tem como objeto de pesquisa a capacidade de inovação na APS.

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA

Curitiba, capital do estado do Paraná, tem uma população estimada em 1.917.185 habitantes (INSTITUTO, 2018). A APS do município está inserida num contexto gerencial e assistencial de uma organização pública e tem as US como seus principais equipamentos de entrada na RAS.

Ao descrever a evolução histórica da APS no município pesquisado, Massuda, Poli Neto e Drehmer (2014, p. 129) relatam que as respostas de políticas públicas de saúde em Curitiba se fortaleceram na década de 1940 com a criação do Departamento de Saúde e a instalação de vários serviços. Na década de 1970, ampliou-se essa estrutura, bem como em todo Brasil, na qual o município já tinha 10 Unidades Sanitárias. Em relação ao Departamento de Desenvolvimento Social criado pela Prefeitura de Curitiba, os autores enfatizam que “sua Diretoria de Saúde revolucionou o modelo de atendimento adotando a Atenção Primária à Saúde”, conforme recomendado em Alma Ata na 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

Nas décadas seguintes, várias ações marcaram a estruturação e organização tanto administrativa como assistencialmente da APS num contexto da criação do SUS, a Constituição Federal e a Lei Orgânica nº 8.080/90 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). A década de 1990 foi caracterizada pela implantação da ESF apoiada pelo Ministério da Saúde (MS), que incluiu o repasse de recursos financeiros regularmente e o apoio da Universidade de Toronto na formação de monitores e instrutores para o aprimoramento dos profissionais para atuação nas eSF (MASSUDA; POLI NETO; DREHMER, 2014; CURITIBA, 2002).

Esse período foi marcado por significativas mudanças políticas e organizacionais dos serviços públicos de saúde, especialmente relacionadas ao SUS em âmbito nacional. O referencial teórico de Vigilância em Saúde proposto no país, com base no território, foi marcante para os profissionais da gestão do município, vivenciado num contexto da prática da saúde da família. Ao longo das décadas avançou-se na ampliação do Programa Saúde da Família, considerada uma prática inovadora no Brasil, embora em Curitiba a ESF tenha diminuído significativamente o ritmo de ampliação na década de 2000 (CURITIBA, 2002; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; MASSUDA; POLI NETO; DREHMER, 2014).

Entre 2013 e 2014, mais dez US passaram a ter ESF, o que representou uma cobertura de 55% da população, e houve adesão ao Programa Mais Médicos e a ampliação de equipes de Consultório na Rua (CURITIBA, 2019c). Somou-se a proposta de dar continuidade à ampliação da ESF, a reorganização da assistência à saúde na APS para fortalecer o modelo de atenção à saúde voltado às necessidades da população com mudanças na organização do processo de trabalho para ampliação do acesso, fortalecimento da dimensão assistencial do enfermeiro subsidiado pela instrução normativa, a qual teve sua última atualização em 2019. Estabelece as condutas, rol de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da SMS de Curitiba (CURITIBA, 2019d). Dentre outras inovações e mudanças a SMS propôs uma carteira de serviços que aumentasse a resolutividade nas US, iniciou-se a residência de medicina de família e comunidade e a residência multiprofissional em saúde da família, considerado um investimento na qualificação de profissionais (LOWEN et al., 2015).

Em 2017, a partir de um novo Plano Municipal de Saúde, deu-se continuidade ao processo de implantação e sustentação de várias propostas consideradas inovadoras anteriormente, como a ampliação do acesso nas US, atualmente denominado Programa Postos em Acolhida, além da regulação de várias especialidades para a qual se utiliza o prontuário eletrônico e-saúde como meio de comunicação entre os profissionais da APS e os reguladores das especialidades, a fim de aprimorar a qualidade da assistência e encaminhamentos (CURITIBA, 2019a).

Atualmente, as 111 US que integram a RAS do município estão distribuídas em dez Distritos Sanitários. Existem nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 13 centros de atenção psicossocial (CAPS), cinco unidades de especialidades médicas, três centros de especialidades odontológicas, dois hospitais, um laboratório de análises clínicas, uma central de vacinas, cinco residências terapêuticas, um centro de zoonoses, além de prestadores de serviços especializados, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (CURITIBA, 2019a).

O número de profissionais de saúde assistenciais que atuam na APS do município de Curitiba é de 3491 profissionais. Dentre eles, 1363 (39%) técnicos/auxiliares de enfermagem, 160 (5%) técnicos em saúde bucal (TSB), 444 (13%) auxiliares de saúde bucal (ASB), 404 enfermeiros (12%), 584 (16%) médicos, 346 (10%) cirurgiões-dentistas (CD) e 190 (5%) profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

O número de gestores locais das US é de 111 profissionais, 41 gestores distritais (GD) que incluem dez supervisores, dez coordenadores de atenção, dez de gestão, dez da vigilância sanitária e um coordenador de epidemiologia, e os diretores das três diretorias citadas, o que totaliza 155 gestores.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

4.4.1 Participantes da etapa quantitativa

Os participantes da aplicação da Escala de Orientação para Inovação, que buscou identificar qual a abertura e organização para a inovação da SMS, especificamente na APS, foram profissionais assistenciais das US: médicas(os), enfermeiras(os), cirurgiãs(ões)-dentistas (CD), técnicas(os) e auxiliares de enfermagem, técnicas(os) de saúde bucal (TSB), e auxiliares de saúde bucal (ASB) e profissionais do Núcleo Ampliado de Atenção à Saúde da Família (NASF) – que é composto por fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga(o), educador(a) físico(a), farmacêutica(o), médicas(os) de diversas especialidades e fonoaudiólogas. Para participar do estudo foram incluídas gestoras (es) das US denominadas (os) Autoridades Sanitárias Locais (ASL), gestoras (es) distritais - supervisoras, coordenadores de atenção, gestão, vigilância sanitária e epidemiologia e gestores da Secretaria Municipal de Saúde das diretorias diretamente relacionadas à APS - Diretoria de Atenção Primária à Saúde, do Centro de Assistência à Saúde e do Centro de Epidemiologia.

Após a identificação da população, definiu-se a estratégia de seleção dos participantes da amostra. Segundo Maroco (2007), esse processo é complexo e as amostras devem ser representativas a fim de poder generalizar para a população, o que denomina de inferência estatística. Optou-se pela amostragem estratificada proporcional, assim denominada quando “a população do estudo é dividida em subgrupos homogêneos” (MAROCO, 2007, p.30), o que assegura que todos os grupos tenham representatividade. Esta pesquisa é caracterizada por três subgrupos para gestores e sete subgrupos para os profissionais de saúde assistenciais.

Todos os dez DS foram incluídos na coleta de dados. A definição das US por DS foi realizada mediante sorteio de acordo com o número de profissionais de cada categoria profissional necessário e disponível para a coleta em cada US. Inicialmente

foram sorteadas duas US por DS, uma com a ESF implantada e uma sem a ESF. Após a coleta de dados nessas US e não ter atingido o número de profissionais de acordo com a amostra, foram sorteadas as demais, proporcionalmente ao tamanho do DS, conforme o QUADRO 1.

Os gestores do nível local e distrital que participaram da coleta de dados quantitativos foram definidos de acordo com a disponibilidade de cada um. Prioritariamente as ASL das US sorteadas e as ASL presentes nas reuniões gerenciais dos DS. Os gestores do nível central foram definidos pela maior relação com a APS do município.

QUADRO 1 - FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS E GESTORES

Distrito Sanitário (nº US)	Número de US com equipes de saúde da família	Número de US sem equipes de saúde da família	Número de US participantes
A (12)	12	-	4
B (19)	5	13	6
C (14)	7	7	5
D (12)	8	4	3
E (17)	14	3	5
F (3)	3	-	2
G (11)	2	9	5
H (6)	3	3	2
I (9)	4	5	3
J (8)	8	-	3
Total: 111	67	44	38

FONTE: A autora (2019).

Para o cálculo amostral foi considerado o erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% para a população total de 3491 profissionais assistenciais de saúde especificados e a população total de gestores que era de 155 profissionais. A amostra calculada foi de 347 profissionais assistenciais (TABELA 1) e 111 gestores (TABELA 2), no entanto, foram aplicados questionários a mais participantes do que o valor calculado, 371 profissionais assistenciais e 116 gestores, que totalizaram 487 participantes.

TABELA 1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS

Categorias profissionais	N		N	
	Frequência	%	Frequência	%
Profissional de saúde				
Técnico em Saúde Bucal em Saúde Pública (TSB)	160	5	15	5
Auxiliar de Enfermagem (AE) e Técnico de Enfermagem em Saúde Pública (TE)	1363	39	135	39
Auxiliar de Saúde Bucal em Saúde Pública (ASB)	444	13	45	13
Enfermeiro	404	12	40	12
Médico	584	16	59	16
Cirurgião-Dentista (CD)	346	10	35	10
Profissionais do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF)	190	5	18	5
Total	3491	100	347	100

FONTE: CURITIBA (2018).

TABELA 2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA DE GESTORES

Gestores	N		N	
	Frequência	%	Frequência	%
Local de atuação				
Local (US)	111	71	79	71
Distrital	41	27	30	27
Central	3	2	2	2
Total	155	100	111	100

FONTE: CURITIBA (2018).

Realizou-se contato prévio telefônico ou por meio eletrônico com os gestores do nível central, distrital e local a fim de agendar a operacionalização da coleta de dados dos profissionais assistenciais e gestores, cujo projeto tinha sido encaminhado anteriormente pelo Centro de Educação em Saúde da SMS aos setores envolvidos.

4.4.2 Participantes da etapa qualitativa

Os participantes da etapa qualitativa foram os gestores das US participantes para a etapa quantitativa, gestores dos dez DS e os mesmos gestores do nível central da SMS nos quais foi realizada a aplicação da EOI. Os profissionais de saúde que participaram da etapa qualitativa atuavam nas US participantes na etapa quantitativa e foram indicados pelos gestores locais por serem considerados pessoas-chaves na implantação de uma ação inovadora. Algumas US não contaram com a participação dos profissionais de saúde por não terem uma ação inovadora identificada por eles,

ou pela ASL não estar presente no dia da coleta de dados para indicar um profissional assistencial para a entrevista. Os gestores distritais e centrais eram os mesmos para os quais foi aplicada a EOI.

A amostragem dos entrevistados foi por conveniência: 65 gestores, dentre os quais, três do nível central, 34 dos DS e 28 ASL, além de 21 profissionais assistenciais.

4.4.3 Critérios de inclusão e de exclusão dos participantes

Como critérios de inclusão para a participação na pesquisa qualitativa optou-se por: profissional enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, TSB, ASB, profissional do NASF, de ambos os sexos, lotados na SMS de Curitiba, que atuavam na assistência nas US do município e que permaneceram no cargo até a coleta dos dados, independentemente do local de atuação, indicados pela ASL. Incluíram-se também gestores, de ambos os sexos, lotados na SMS de Curitiba, que atuaram na gestão e que permaneceram no cargo de gestor até a coleta de dados, independentemente do local. Foram excluídos os profissionais que não estavam nos locais de trabalho nos dias e horários pactuados para a coleta de dados.

4.5 ETAPAS DA PESQUISA

4.5.1 Etapa quantitativa

A etapa quantitativa exploratória foi realizada por meio da aplicação de uma escala de orientação para inovação em organizações públicas, que permite mensurar o quanto a organização promove e dissemina a inovação (ANEXO 1), mediante autorização do autor da escala (APÊNDICE 1). A EOI é constituída de fatores de orientação para inovação e foi construída e validada a partir da identificação de organizações públicas brasileiras e portuguesas que se destacaram no seu desempenho e que tinham instituído algum modelo de avaliação da gestão (RESENDE JUNIOR; GUIMARÃES; BILHIM, 2013b).

A escala é composta por 19 itens, dos quais oito abordam o ambiente de estímulo à aprendizagem que compõe o fator 1, e 11 itens que abordam a gestão de competências e monitoramento do ambiente externo, que compõe o fator 2. O fator 1

“trata da capacidade da organização para aprender, demonstrando flexibilidade nas práticas de gestão de pessoas, suporte e orientação da liderança, para que os indivíduos e equipes possam engajar-se em processos de aprendizagem formal e informal e tenham autonomia para inovar. Também neste fator estão presentes as práticas estruturadas de gestão de conhecimento e *benchlearning*”. O fator 2 “é composto por práticas de: monitoramento do ambiente externo; adoção de referenciais comparativos externos para avaliação do desempenho; *benchmarking* estruturado; gestão de ideias de usuários, fornecedores e empregados; e, pesquisa e desenvolvimento (P&D) em serviços” (RESENDE JUNIOR; GUIMARÃES; BILHIM, 2013b, p.272).

Para mensurar a orientação para inovação é utilizada uma escala de 10 pontos (1 a 10) ao considerar o quanto a afirmação se aplica ao contexto na qual o participante atua. Quanto maior o escore, mais a afirmação se aplica à sua realidade. Essa etapa buscou identificar qual a abertura e organização da SMS para a inovação, especificamente na atenção primária à saúde.

A descrição dos dados foi realizada mediante os resultados das médias dos itens de cada fator, média de cada fator e COI e sua relação com variáveis.

4.5.2 Etapa qualitativa

A segunda etapa, qualitativa, do tipo exploratória foi executada mediante a aplicação de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 2), concomitantemente à primeira etapa. Teve como objetivo identificar a capacidade de inovação a partir da criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento.

A partir de uma ação inovadora escolhida pelo entrevistado, na qual esteve envolvido, as perguntas buscavam identificar quais os aspectos dos processos e recursos organizativos foram utilizados e sua caracterização.

Foi realizado o teste-piloto com cinco profissionais assistenciais da APS para aplicação da EOI, além de duas entrevistas com um gestor e um profissional assistencial. Não foram realizadas alterações nos instrumentos de coleta de dados após esse teste.

4.6 COLETA DE DADOS

4.6.1 Coleta de dados da etapa quantitativa

A coleta de dados quantitativos foi realizada mediante a aplicação da EOI. Foram coletados por meio eletrônico, o *tablet*, e utilizada a plataforma Quicktapsurvey® (QUICKTAPSURVEY, 2017) e/ou questionário impresso. O questionário foi composto por dados de caracterização do participante, tais como idade, sexo, nível de escolaridade, formação profissional, local de trabalho, cargo ocupado, tempo de atuação no cargo (gestores), tempo de atuação na assistência (profissionais assistenciais), tempo de atuação na SMS e os 19 itens da EOI.

Essa coleta foi realizada pela pesquisadora, uma mestranda e uma acadêmica de enfermagem que era bolsista de iniciação científica, após os participantes serem esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, do procedimento de coleta de dados e das informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES 3 e 4). O dia e horário da coleta de dados, realizada nos locais de trabalho dos participantes, durante o turno de trabalho, foi pré-agendado por contato telefônico, correio eletrônico ou pessoalmente com a ASL ou representante da US, DS ou do nível central. Os aspectos éticos de sigilo e codificação dos participantes foram respeitados.

4.6.2 Coleta de dados da etapa qualitativa

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevista juntamente à coleta dos dados quantitativos nos locais de trabalho dos participantes, durante o turno de trabalho, em dia e horário pré-agendados por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou pessoalmente conforme disponibilidade do participante. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, mestranda e acadêmica de enfermagem após os gestores e profissionais assistenciais serem esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, do procedimento de coleta de dados e das informações do TCLE (APÊNDICES 5 e 6). As entrevistas foram gravadas com a utilização do aparelho celular ou gravador. Foram transcritas com auxílio do *software* de áudio gratuito denominado *Voicemeeter*. Os aspectos éticos de sigilo e codificação dos participantes foram respeitados. Em algumas US não foram coletados dados

qualitativos, pois os profissionais de saúde não identificaram ações inovadoras para relatar ou a ASL não estava no local para indicar os profissionais.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

4.7.1 Análise de dados quantitativos

Na análise de dados quantitativos foram usadas técnicas estatísticas de análise descritiva, fatorial e inferencial que contribui para confirmar ou rejeitar as hipóteses para generalizar as populações (MAROCO, 2007) e modelagem de equações estruturais.

A partir dos dados quantitativos coletados pela aplicação da EOI (ANEXO 1), calculou-se o COI da SMS por meio da média ponderada dos itens de cada fator multiplicada pelo peso do respectivo fator 1 e 2. Esse coeficiente também foi calculado mediante a utilização das variáveis quantitativas e qualitativas nominais, pois estas “apresentam as categorias não ordenadas [...] têm um caráter absoluto e qualitativo que as torna fácil de medir” (HULLEY et al., 2015, p.36). Foram utilizadas as seguintes variáveis nominais codificadas: cargo atual, tempo no cargo atual e tempo de atuação na SMS, a fim de analisar qual a relação entre essas variáveis e o COI. Optou-se por utilizar o pacote estatístico SPSS® versão 18 (*Statistical Package for the Social Sciences*), *software* R 1.3.1 e Statistica versão 7 para a realização desses cálculos estatísticos.

Fórmula (1) para cálculo do COI, proposta por Resende Junior (2012).

$$C_{oi} = \sum_{i=1}^2 \left(\left(\frac{\sum_{k=1}^{n_k} \sum_{j=1}^{n_j} x_{j_i k_i}}{n_i} \right) \times P_i \right) \quad (1)$$

onde:

C_{oi} = Coeficiente de orientação para inovação;

i = fator;

j = respondente;

k = item do questionário;

P_i = peso do fator i;

$x_{j_i k_i}$ = resposta do item k do respondente j do fator i;

n_i = número total de respostas do fator i;

n_k = número total de itens; e,

n_j = número total de respondentes.

4.7.2 Análise de dados qualitativos

Os dados qualitativos foram organizados num quadro síntese de análise baseado no modelo conceitual da capacidade de inovação no qual os processos de criação, absorção, integração e reconfiguração dos conhecimentos foram identificados em cada entrevista nas dimensões estrutura, particular e singular, bem como os recursos organizativos, capital humano, liderança, cultura organizacional e estrutura e sistemas.

4.8 SÍNTESE METODOLÓGICA

Para facilitar a compreensão do caminho metodológico percorrido, o QUADRO 2 apresenta os seus principais aspectos.

QUADRO 2 - SÍNTESE DOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Desenho do estudo	Pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante dos dados	
	Quantitativo	Qualitativo
	Pesquisa exploratória e descritiva	Pesquisa exploratória
Objetivo geral	Analisar a orientação para inovação e a capacidade inovadora da Atenção Primária à Saúde	
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar a orientação institucional para inovação na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde do município de Curitiba, acerca do ambiente de estímulo à aprendizagem e de gestão de competências e monitoramento do ambiente externo; - Relacionar a orientação para inovação e variáveis organizacionais da atenção primária do município 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar a capacidade de inovação na APS a partir dos processos de criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento e recursos organizativos, potencializadores da orientação para a inovação
Participantes	487 participantes	86 participantes
Coleta de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Orientação para Inovação • Plataforma Quicktapsurvey® 	Entrevista semiestruturada
Análise de dados	Estatística descritiva, fatorial exploratória e confirmatória Software SPSS, R, Statistica versão 7	Quadro síntese baseado no modelo conceitual da Capacidade de Inovação. Interpretação hermenêutica dialética nas dimensões estrutural, particular e singular

FONTE: A autora (2019).

Segundo Minayo (2014, p.364), a interdependência e a inseparabilidade dos dados objetivos e subjetivos a partir de uma “postura dialética” contribui para a dissolução dessa dicotomia quantitativa e qualitativa. Na interpretação dos resultados das duas etapas da pesquisa buscaram-se as convergências entre os dados a partir das dimensões estrutural, particular e singular, fundamentadas no referencial metodológico da hermenêutica dialética.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, foi apresentado como projeto de pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, para análise e aprovação, sob registro nº CAAE 69590217.3.3001.0101 e parecer da

instituição coparticipante, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, nº 2.232.776, em 22 de agosto de 2017 (ANEXO 2).

Todos os participantes foram incluídos na pesquisa após aceitarem participar voluntariamente, mediante assinatura do TCLE (APÊNDICES 3, 4, 5 e 6).

5 RESULTADOS

Neste capítulo os resultados são apresentados sequencialmente, conforme as etapas da pesquisa.

No primeiro subcapítulo são apresentados os resultados da etapa quantitativa relacionados à caracterização dos participantes e ao cálculo do coeficiente de orientação para inovação. No subcapítulo seguinte são descritos os resultados da etapa qualitativa relacionados à caracterização dos participantes referentes à capacidade de inovação, os dados qualitativos e a convergência das duas etapas.

5.1 ETAPA QUANTITATIVA

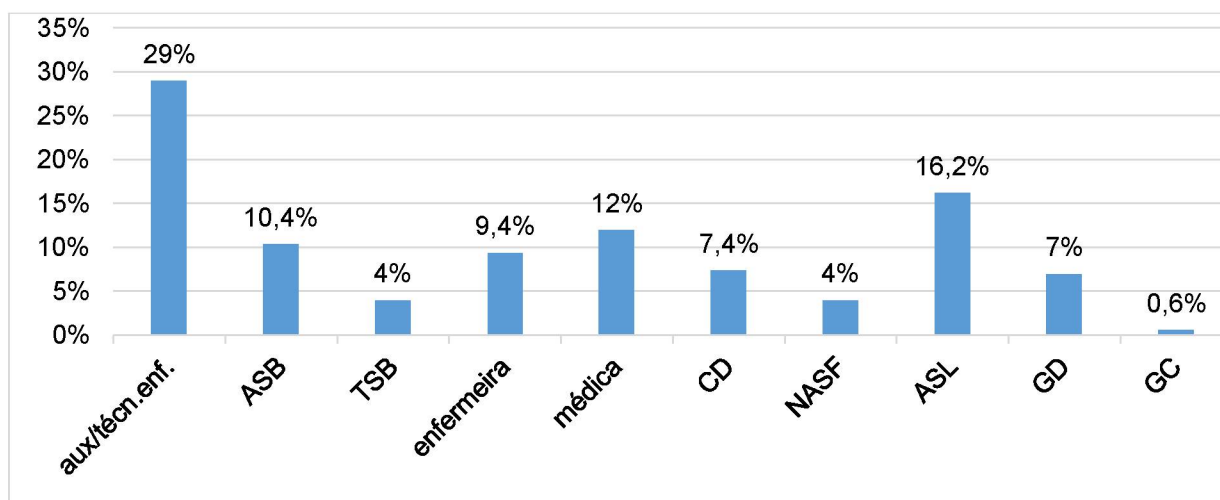
5.1.1 Caracterização dos participantes

A coleta de dados foi realizada no nível central da SMS, nos DS e US. Foram preenchidos 487 questionários por 371 (76,2%) profissionais de saúde de 38 US e 116 (23,8%) gestores. Participaram da pesquisa 79 gestores locais, as ASL das US, equivalentes à 68,1% do total de gestores, além de 34 (29,3%) gestores distritais (GD) dos dez DS e três (2,6%) gestores do nível central (GC). Portanto, das 111 US do município, 81 (72,9%) fizeram parte da coleta de dados.

As informações que caracterizaram os participantes profissionais de saúde e gestores foram: sexo, idade, formação, cargo ocupado, local de trabalho, tempo de atuação no cargo atual para os gestores e tempo de atuação como profissional de saúde e tempo de atuação na SMS.

Dos 487 participantes, 86,6% (n=422) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 45,4 anos que variou entre 27 e 74 anos. Em relação à formação, 50,7% (n=247) tinham a formação em auxiliar ou técnico de enfermagem e/ou eram enfermeiras graduadas. Quanto ao cargo ocupado, o auxiliar/técnico de enfermagem tem a maior porcentagem de participantes, conforme GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 - PERCENTUAL DE PARTICIPANTES POR CARGO OCUPADO



FONTE: A autora (2019).

LEGENDA: ASB (Auxiliar de Saúde Bucal).

TSB (Técnico de Saúde Bucal).

CD (Cirurgião-dentista).

NASF (Núcleo Ampliado de Atenção à Saúde da Família).

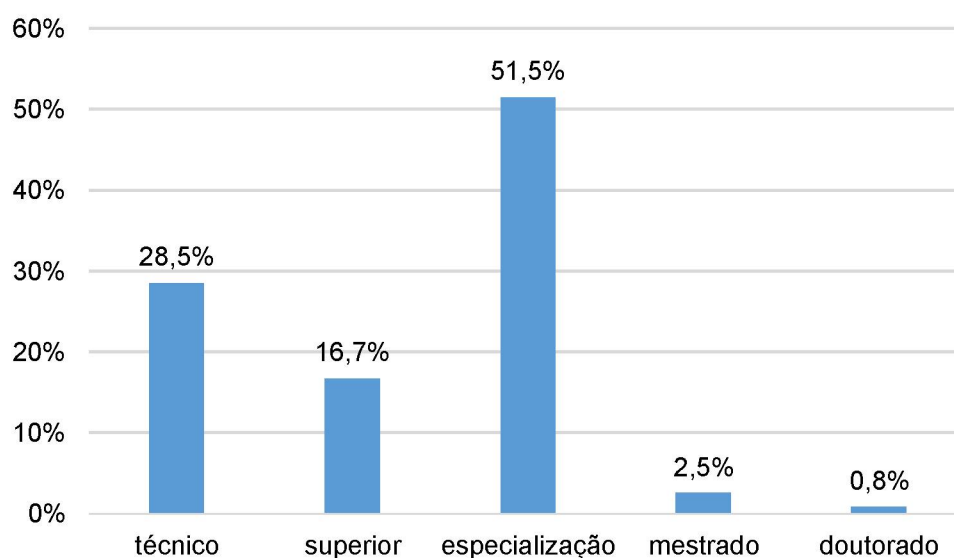
ASL (Autoridade de Saúde Local).

GD (Gestor Distrital).

GC (Gestor Central).

Quanto ao grau de escolaridade, 71,5% (n=348) dos participantes possuem curso superior, especialização, mestrado ou doutorado, e 28,5% (n=139) o nível técnico. O curso de especialização predomina entre os participantes, de acordo com o GRÁFICO 2.

GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DE PARTICIPANTES DE ACORDO COM O GRAU DE ESCOLARIDADE

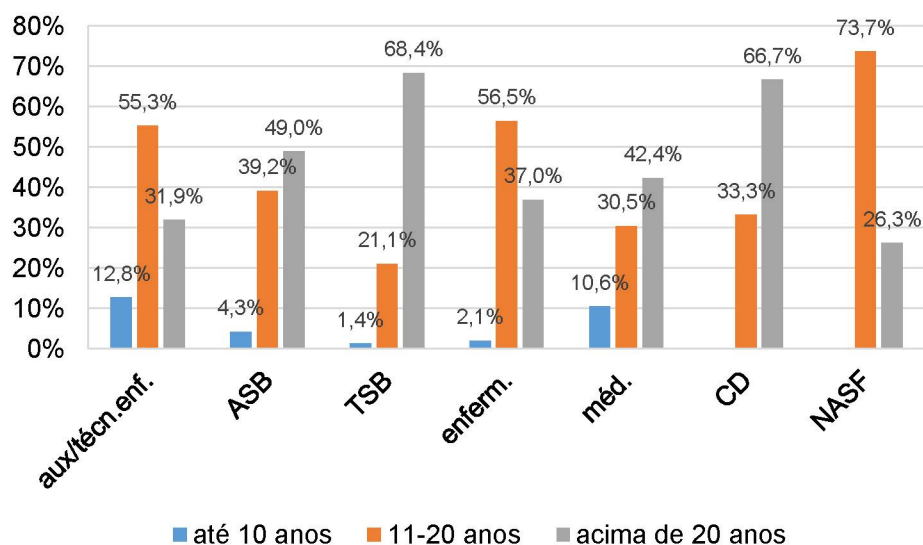


FONTE: A autora (2019).

Observa-se que nos três cargos de nível médio há profissionais com formação de nível superior e de especialização, que equivale à 34,1% da população de nível médio. Nos cargos de nível superior predomina a especialização, sendo que 95% dos gestores das US têm alguma formação *lato sensu* ou *strictu sensu*. Todos os gestores distritais e centrais participantes da pesquisa tinham minimamente a formação *lato sensu*. Em relação à formação *strictu sensu*, predominou o mestrado, presente em todas as categorias profissionais de nível superior. Dentre os 116 gestores locais, distritais e centrais, 91 eram enfermeiras, o que equivale à 78% do total de gestores.

Quanto ao tempo de atuação dos gestores, 82% estavam no cargo atual há menos de 10 anos, 16,3% de 11 a 20 anos e 1,7% há mais de 20 anos. Observa-se que em relação ao tempo de atuação na profissão, com exceção dos auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiras e profissionais do NASF, predomina a atuação há mais de 20 anos nas demais categorias, conforme GRÁFICO 3.

GRÁFICO 3 - ANOS DE ATUAÇÃO NA PROFISSÃO POR CATEGORIA PROFISSIONAL



FONTE: A autora (2019).

LEGENDA: ASB (Auxiliar de Saúde Bucal).

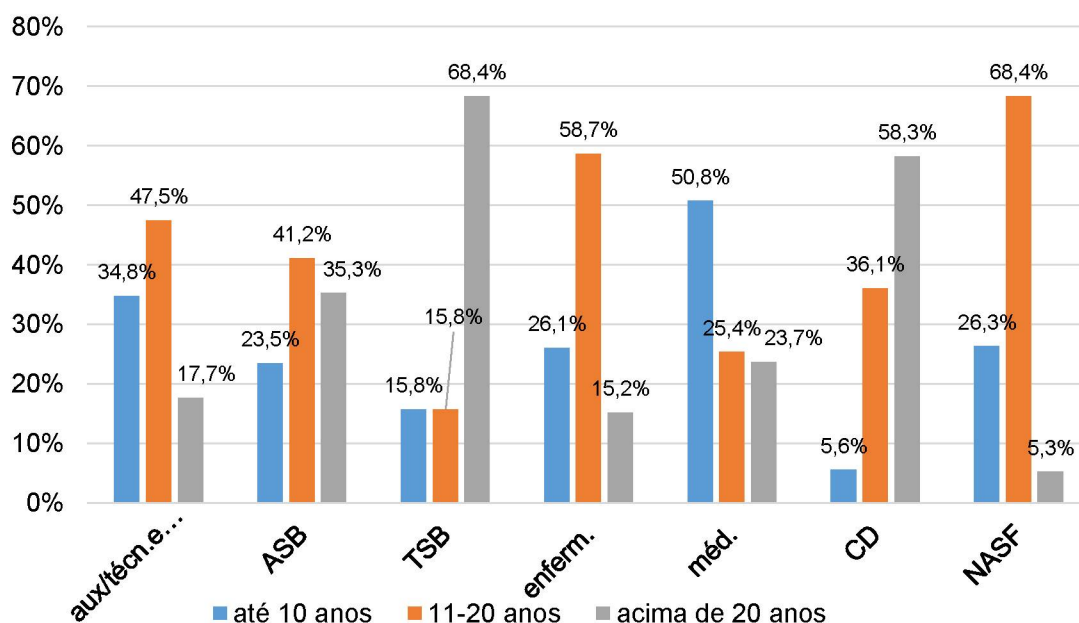
TSB (Técnico de Saúde Bucal).

CD (Cirurgião-dentista).

NASF (Núcleo Ampliado de Atenção à Saúde da Família).

Quanto ao tempo de atuação na SMS em relação ao cargo ocupado, os médicos têm o menor tempo e os CD e TSB o maior tempo, conforme o GRÁFICO 4. Entre os gestores, 57% (n=66) tem entre 11 e 20 anos, 30% (n=35) tem até 10 anos e somente 13% (n=15) tem mais de 20 anos de atuação na SMS.

GRÁFICO 4 - TEMPO DE ATUAÇÃO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA



FONTE: A autora (2019).

LEGENDA: ASB (Auxiliar de Saúde Bucal).

TSB (Técnico de Saúde Bucal).

CD (Cirurgião-dentista).

NASF (Núcleo Ampliado de Atenção à Saúde da Família).

A TABELA 3 apresenta a média e o desvio padrão (Dp) dos anos de atuação dos profissionais de saúde na profissão, o tempo de atuação no cargo de gestor e o tempo de atuação na SMS de ambos.

TABELA 3 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO TEMPO DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES

	Profissionais de saúde (n=21)			Gestores (n=65)	
	Média	Dp		Média	Dp
Tempo de atuação na profissão	19,8	8,7	Tempo de atuação no cargo	5,4	4,8
Tempo de atuação na SMS	15,8	8	Tempo de atuação na SMS	14,3	6,3

FONTE: A autora (2019).

5.1.2 Cálculo do coeficiente de orientação para inovação

Para o cálculo do COI foi realizada inicialmente a análise descritiva, análise fatorial exploratória e confirmatória para determinar o número de itens e os pesos de

cada fator para o resultado final, conforme a fórmula (1), proposta por Resende Junior (2012).

5.1.2.1 Análise descritiva e fatorial exploratória

Inicialmente, avaliou-se a existência de valores extremos e *outliers* por meio do “diagrama de extremos e quartis” (MAROCO, 2007, p.46) dos dois fatores da EOI. Foram confirmados seis *outliers* relacionados ao fator 1, com média igual ou inferior a 2,6 e seis *outliers* do fator 2, com média igual ou inferior a 1,9. Um dos participantes era gestor da US, nove eram profissionais de saúde: três CD, dois técnicos de enfermagem, dois médicos, um ASB e um profissional do NASF, o que representou 2% da população pesquisada. Optou-se por manter os casos nas análises. Neiva, Abbad e Tróccoli (2009) afirmam que dados muito díspares tendem a apresentar baixas cargas fatoriais.

Para avaliação da adequação do uso da análise fatorial foi utilizado o teste de esfericidade de Bartlett no qual o valor de p foi significativo (0,00). A medida de adequação amostral de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,933, e seria adequada ao variar entre 0,0 a 1,0 (FIELD, 2011).

Para determinar o número de fatores, utilizou-se o Critério de Kaiser que determina quantos fatores com *eigenvalue* superior a 1,0 serão usados. Três fatores explicam 53,24% da variância acumulada. Pela análise do *Screeplot*, sugeriu-se utilizar apenas dois fatores. Ao fazer a rotação dos componentes, observou-se que o grau de explicação do fator 1 foi de 26,56%, que apresentou as variáveis 8 a 19, relacionadas ao fator - gestão de competências e monitoramento do ambiente externo, exceto a variável 19 que na EOI proposta estava relacionada ao ambiente de estímulo à aprendizagem. O fator 2 apresentou o grau de explicação de 47,77%, variáveis de 1 a 7 que estavam relacionadas ao ambiente de estímulo à aprendizagem, conforme o QUADRO 3 que apresenta os componentes de cada fator em ordem decrescente de importância.

QUADRO 3 - ROTAÇÃO DOS COMPONENTES DOS DOIS FATORES

Itens	Fatores	
	1	2
17. As sugestões de melhorias de usuários são tratadas.	,742	
15. Há prática sistematizada de tratamento das reclamações dos usuários objetivando a melhoria do desempenho.	,688	
14. Os funcionários são estimulados a oferecer sugestões de melhorias à organização.	,648	
12. Implementam-se novos métodos de trabalho a partir de experiências bem-sucedidas em outras organizações.	,626	
13. As sugestões de melhorias de fornecedores são tratadas.	,620	
11. Há ações corporativas para qualificação dos funcionários com vistas a aprimorar processos e serviços perceptíveis aos usuários.	,612	
9. Há contratações de pessoas para atender necessidades futuras da organização.	,592	
10. São adotados referenciais comparativos externos como parâmetro de avaliação dos resultados dos serviços.	,586	
8. Existem ações de pesquisa e desenvolvimento (P&D) para serviços.	,577	
18. Há prática de reconhecimento dos funcionários que contribuem com propostas de melhoria para processos de trabalho.	,561	
16. As contratações de novos funcionários são baseadas na identificação de competências essenciais à organização.	,507	
19. O horário de trabalho é flexível, permitindo o envolvimento em atividades de aprendizagem.	,504	
3. É hábito partilhar conhecimentos entre colegas de trabalho.		,812
6. Experimentam-se novas formas de realizar as tarefas.		,742
4. Existe a prática de conversar em grupo sobre como resolver os problemas do trabalho.		,716
5. Os funcionários sabem que é importante conhecer as formas de trabalho de outras organizações para poder melhorar os procedimentos internos.		,676
2. As pessoas são abertas para receber críticas		,652
7. Os funcionários sabem até onde vai a sua liberdade para experimentar novos métodos nos processos de trabalho.		,652
1. Os líderes adotam medidas concretas para manter um bom relacionamento com outras organizações parceiras (outras instituições da rede de atenção à saúde).	,442	,474

FONTE: A autora (2019).

5.1.2.2 Análise fatorial confirmatória

Para o cálculo dos pesos de cada fator, realizou-se a análise fatorial confirmatória (AFC) por meio da utilização do *software* estatístico R versão 1.3.1. Essa análise dos fatores consiste em testar as hipóteses da estrutura e relações entre as variáveis latentes (FIELD, 2011). A análise fatorial exploratória extraiu o modelo fatorial, conforme apresentado no QUADRO 3. A partir desse modelo foi realizada a AFC.

Os resultados apontaram para eliminar o item 1 - os líderes adotam medidas concretas para manter um bom relacionamento com outras organizações parceiras por carregamento cruzado – 0,43. Os itens 16- as contratações de novos empregados são baseadas na identificação de competências essenciais à organização e 19 - o horário de trabalho é flexível, permitindo o envolvimento em atividades de aprendizagem foram eliminados por baixo carregamento - 0,473 e 0,451, respectivamente.

Foram calculados os seguintes índices que evidenciaram ajustes adequados no modelo adotado, de acordo com SCHREIBER et al., (2006) e Hoyle (2012):

a) Os índices de Hoelter 0,05 e 0,01, também denominados Critical N (CN), foram, respectivamente, 262 e 286. Índices acima de 200 indicam adequação dos dados amostrais ao modelo.

b) Razão quiquadrado/DF (graus de liberdade) foi de 2,31, em conformidade quando é igual ou menor que 2 ou 3.

c) Os valores do *Comparative Fit Index* (CFI), *Incremental Fit Index* (IFI) e *Relative noncentrality Fit Index* (RNI), índices de ajuste incremental, foram de 0,958. Valores acima de 0,95 indicam um bom ajuste nos modelos testados.

d) O *Tucker Lewis Index* (TLI) teve um índice de 0,919. Modelos com bom ajuste tem valor aproximado de 1.

e) O *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) foi de 0,052. O intervalo de confiança foi de 95%, entre 0,043 e 0,061. O índice aceitável é que seja < 0,05, mas o pclose foi de 0,344, que indica ótimo ajuste.

f) O *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) foi de 0,039, sendo que índices menores de 0,05 indicam um bom ajuste.

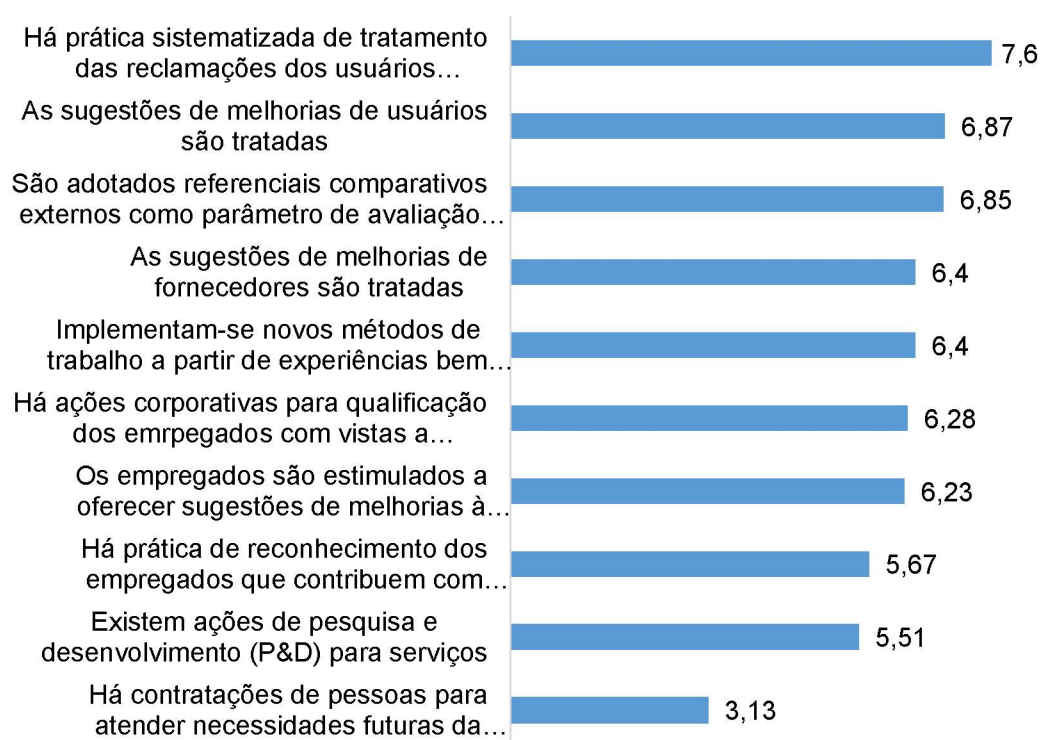
g) O *Goodness of Fit Index* (GFI) foi de 0,943, que indicou adequação por apresentar um valor maior que 0,90.

Quanto ao peso de cada fator, no Fator 1, composto pelos itens de 8 a 18, o peso foi de 0,54. O Fator 2, composto pelos itens de 2 a 7, relacionados ao ambiente de estímulo à aprendizagem, apresentou o peso 0,46.

5.1.2.3 Itens relevantes do fator gestão de competências e monitoramento do ambiente externo

Para obter o resultado do COI foi calculada a média dos itens de cada fator. O GRÁFICO 5 apresenta as médias de cada item do fator referente à gestão de competências e monitoramento do ambiente externo. As maiores médias estão relacionadas à prática sistematizada de tratamento das reclamações dos usuários objetivando a melhoria do desempenho; as sugestões de melhorias dos usuários são tratadas e são adotados referenciais comparativos externos como parâmetro de avaliação dos resultados dos serviços.

GRÁFICO 5 - MÉDIAS DOS ITENS DO FATOR 1 – GESTÃO DE COMPETÊNCIAS E MONITORAMENTO DO AMBIENTE EXTERNO

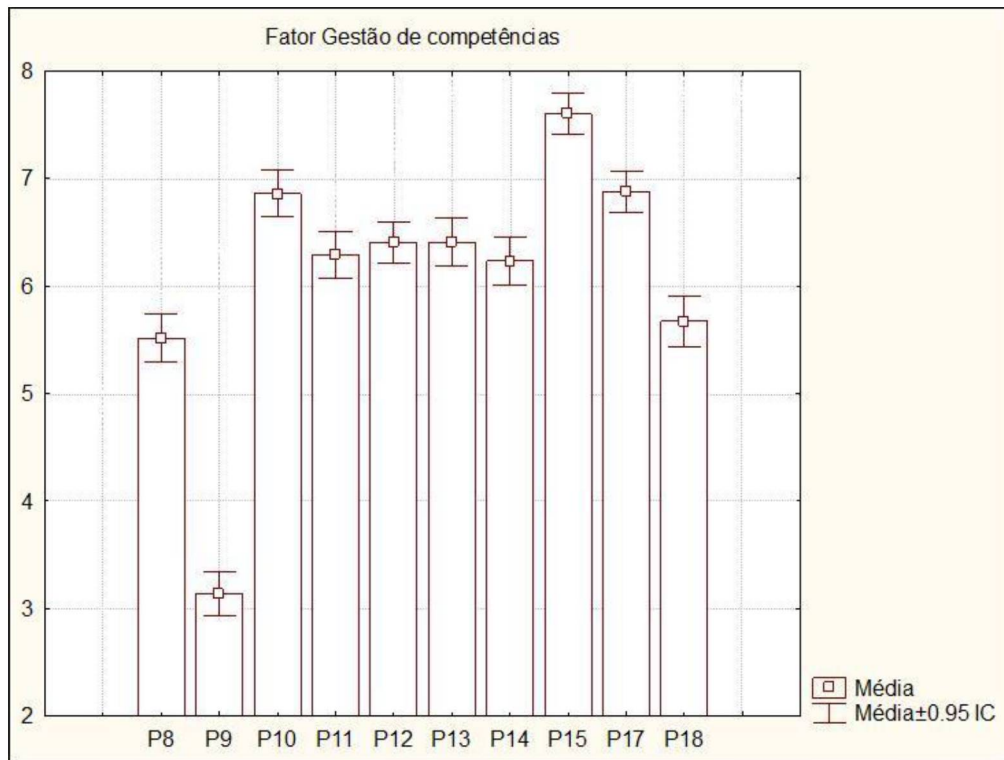


FONTE: A autora (2019).

Evidencia-se que estes itens estão relacionados ao ambiente externo e não à gestão de competências. As menores médias estão relacionadas às contratações de pessoas para atender necessidades futuras da organização e à existência de ações de pesquisa e desenvolvimento (P&D) para serviços, estes itens relacionados à gestão de competências.

A FIGURA 2 apresenta as médias ordenadas pela sequência de itens nominados por P, conforme a EOI de referência, exceto os itens 16 e 19, e o intervalo de confiança de 95%.

FIGURA 2 - MÉDIAS E INTERVALO DE CONFIANÇA DE CADA ITEM DO FATOR 1 - GESTÃO DE COMPETÊNCIAS E MONITORAMENTO DO AMBIENTE EXTERNO

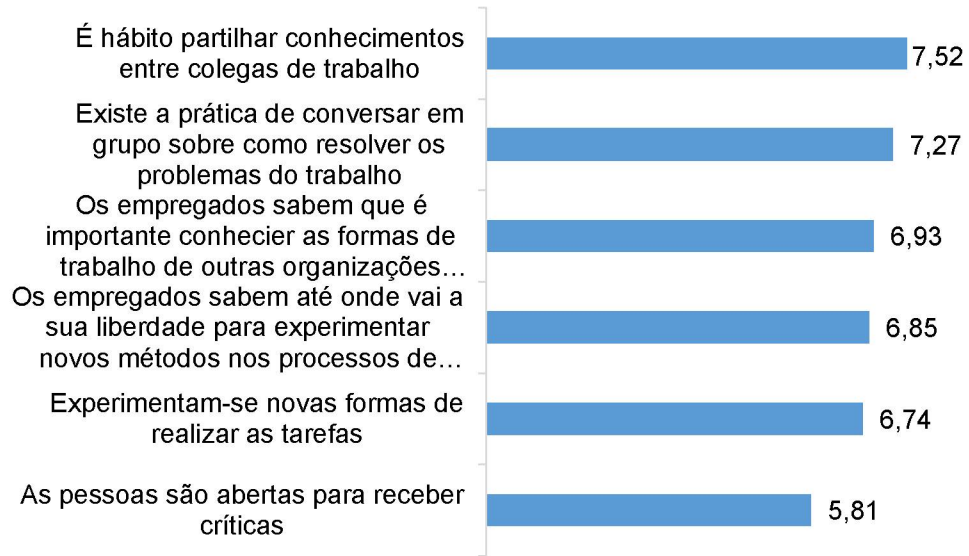


FONTE: A autora (2019).

5.1.2.4 Itens relevantes do fator ambiente de estímulo à aprendizagem

Ao comparar a média de cada item do fator relacionado ao ambiente de estímulo à aprendizagem, observa-se que os itens 3 e 4 - é hábito partilhar conhecimento entre colegas de trabalho e existe a prática de conversar em grupo sobre como resolver os problemas do trabalho, têm as maiores médias. As menores médias são evidenciadas nos itens 2 e 6 - as pessoas são abertas para receber críticas e experimentam-se novas formas de realizar as tarefas, conforme GRÁFICO 6.

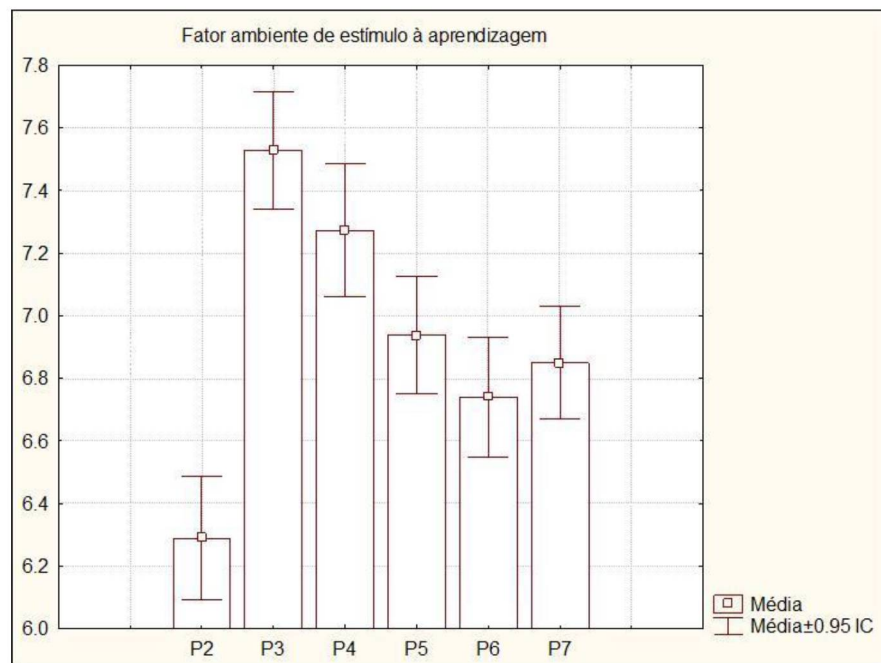
GRÁFICO 6 - MÉDIAS DOS ITENS DO FATOR 2 - AMBIENTE DE ESTÍMULO À APRENDIZAGEM



FONTE: A autora (2019).

A FIGURA 3 apresenta as médias ordenadas pela sequência de itens (P), conforme a EOI de referência, exceto o item 1 e o intervalo de confiança de 95%.

FIGURA 3 - MÉDIAS E INTERVALO DE CONFIANÇA DE CADA ITEM DO FATOR 2 - AMBIENTE DE ESTÍMULO À APRENDIZAGEM



FONTE: A autora (2019).

5.1.2.5 Coeficiente de orientação para inovação

A média dos itens do fator 1 - gestão de competências e monitoramento do ambiente externo foi 6,0 e a média dos itens do fator 2 – ambiente de estímulo à aprendizagem é de 6,8. Ao aplicar o teste de Wilcoxon para comparar as duas variáveis compostas pelo fator 1 e 2, pode-se afirmar que existe diferença estatisticamente significativa entre as médias das duas variáveis analisadas por apresentar um valor de $p = ,000$.

A comparação das médias dos 16 itens dos dois fatores evidenciou um $p < 0,000$ para 11 itens, portanto, os resultados dos itens 3, 5, 6, 7 e 13 não tiveram diferença estatística, conforme TABELA 4.

TABELA 4 - COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DE CADA ITEM ENTRE GESTORES E PROFISSIONAIS

	Posto médio		N		U	P
	Gestor	Prof	Gestor	Prof		
P2	354.272	209.522	116	371	8726.5	0.000*
P3	249.142	242.392	116	371	20921.5	0.647
P4	289.616	229.737	116	371	16226.5	0.000*
P5	236.638	246.302	116	371	20664.0	0.512
P6	261.461	238.54	116	371	19492.5	0.121
P7	241.647	244.736	116	371	21245.0	0.834
P8	294.966	228.065	116	371	15606.0	0.000*
P9	298.358	227.004	116	371	15212.5	0.000*
P10	288.302	230.148	116	371	16379.0	0.000*
P11	309.685	223.462	116	371	13898.5	0.000*
P12	298.97	226.813	116	371	15141.5	0.000*
P13	255.134	240.519	116	371	20226.5	0.325
P14	306.944	224.319	116	371	14216.5	0.000*
P15	295.19	227.995	116	371	15580.0	0.000*
P17	297.259	227.348	116	371	15340.0	0.000*
P18	309.672	223.466	116	371	13900.0	0.000*
COI	322.116	219.575	116	371	14930.0	0.000
F1A	261.276	238.598	116	371	17671.5	0.004
F2A	300.793	226.243	116	371	13174.5	0.000

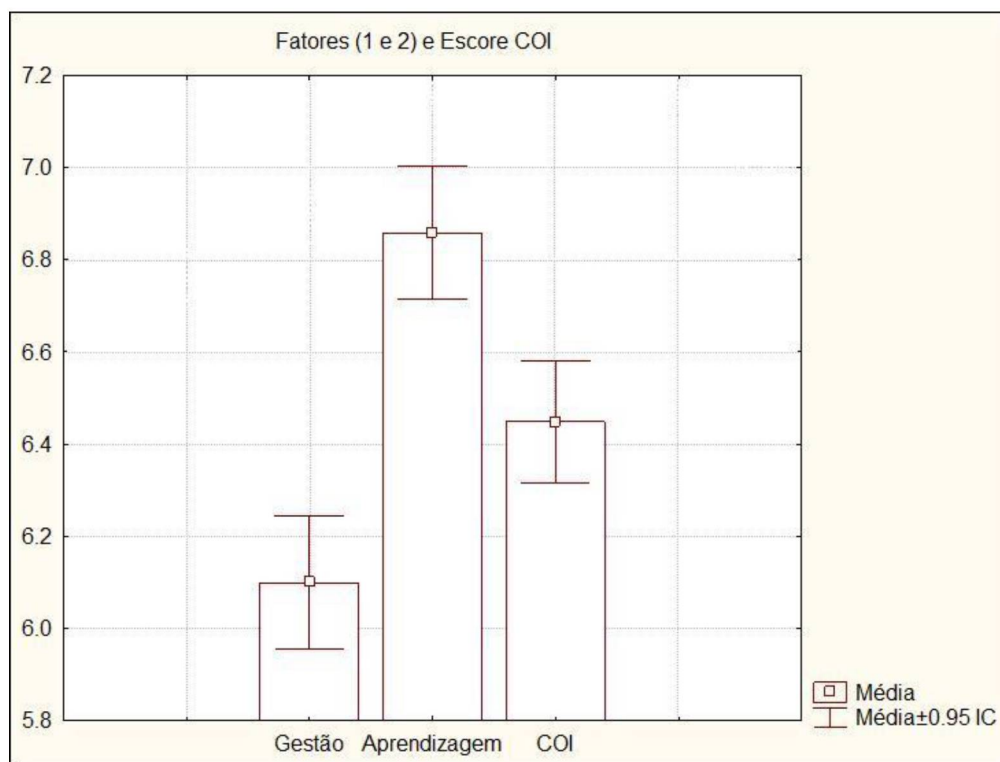
FONTE: A autora (2019).

NOTA: * média apresentou diferença significativa.

O COI foi calculado a partir das médias de cada item do fator 1 dos 487 participantes - 6,0, multiplicado pelo peso do Fator 1 (0,54), somado às médias de

cada item do fator 2 - 6,8 multiplicado pelo peso do Fator 2 (0,46), que resultou no valor de 6,4, conforme representado pela FIGURA 4.

FIGURA 4 – MÉDIAS E INTERVALO DE CONFIANÇA – FATORES E ESCORE COI



FONTE: A autora (2019).

Para testar se o valor do COI da SMS foi significativamente diferente do valor de referência da Gespública que é de 7,1, principal modelo de referência para as organizações públicas no Brasil, e dos dois valores referenciados a partir de organizações portuguesas, do Siadap e Deloitte, 7,5 e 8,4, respectivamente, foi aplicado o teste *t* de *Student* (MAROCO, 2007). Sendo o valor *p* menor do que o nível de significância α igual a 0,05, demonstrou que há diferença estatística significativa entre o valor médio do COI da SMS e os três valores de referência, ou seja, o COI obtido é significativamente inferior aos valores de referência, conforme TABELA 5.

TABELA 5 - DIFERENÇA ENTRE OS VALORES DO COI

Modelo	COI	p
Gespública	7,1	<0,000001
Siadap	7,5	<0,000001
Deloitte	8,4	<0,000001

FONTE: A autora (2019).

5.1.2.6 Relação entre a orientação para inovação e variáveis organizacionais

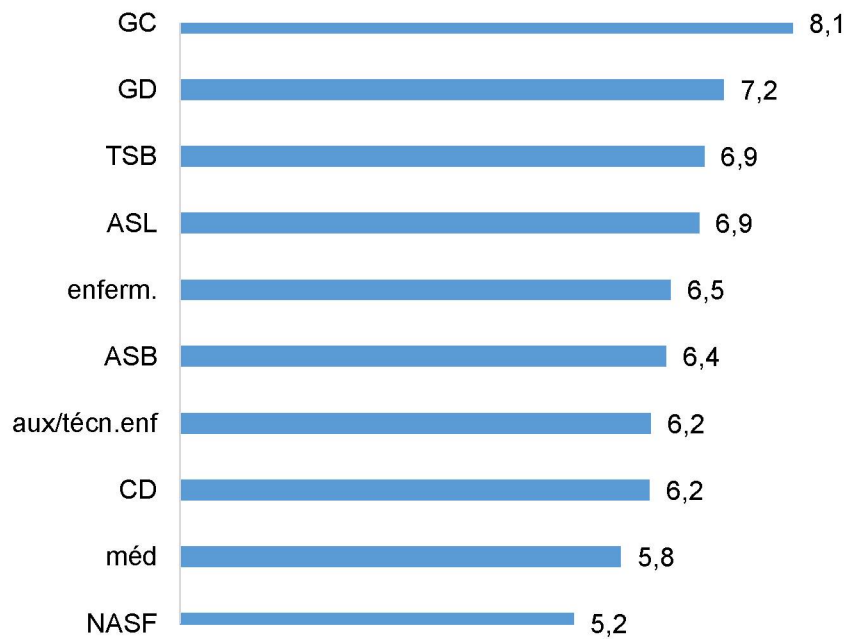
A seguir é apresentada a relação do COI entre as variáveis: distritos sanitários, gestores e profissionais assistenciais, entre cada categoria profissional e gestores dos diversos níveis da SMS, tempo no cargo atual, tempo na SMS e grau de escolaridade.

O cálculo do COI por DS evidenciou o menor valor do DS identificado como H (5,8) e o maior do DS, I (7,0), próximo ao COI do nível central de SMS (8,1). Ao aplicar o teste de Kruskal-Wallis para comparar o COI entre os DS, como esse valor é menor que ,05 existe diferença estatística significativa entre os distritos ($p=0,012$).

Ao comparar o COI dos gestores (7,0) e dos profissionais assistenciais (6,2) ao aplicar o teste de Mann Whitney, observou-se diferença significativa entre estes dois grupos ($p=0,000001$).

O COI comparado entre os cargos ocupados pelos profissionais de saúde e gestores, conforme GRÁFICO 7, demonstra que os gestores distritais e locais têm um COI maior, embora o TSB também tenha atingido um COI mais elevado, porém com uma maior variação na média. Os profissionais do NASF têm a menor média de COI em comparação aos demais profissionais pesquisados. Utilizou-se o Teste de Kruskal Wallis e a diferença entre os grupos foi verificada pelo teste da diferença mínima significativa (DMS), $p=0,00001$, portanto existe diferença significativa entre os grupos. A diferença entre os grupos está nos profissionais que ocupam um cargo no NASF, para os quais o COI é significativamente menor do que para os demais cargos. O COI calculado referente aos gestores do nível central distrital e local, além dos TSB, é significativamente maior do que o COI dos auxiliares/técnicos de enfermagem, ASB, CD, médicos e enfermeiras.

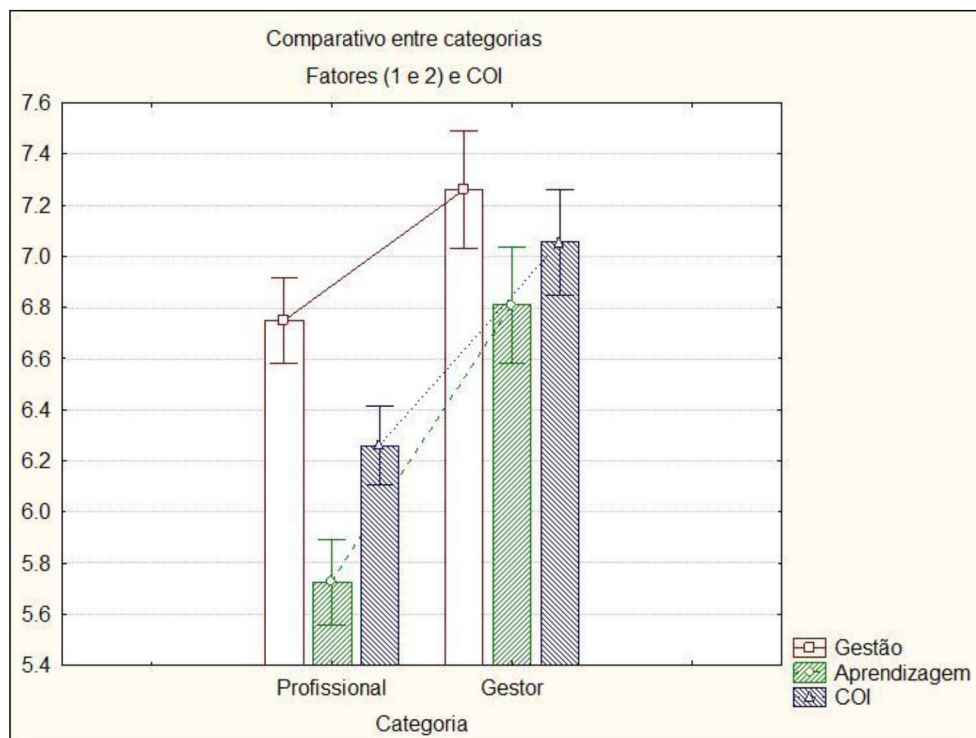
GRÁFICO 7 - COI POR CATEGORIA PROFISSIONAL



FONTE: A autora (2019).

Pelos escores obtidos pelos dois fatores e COI, os gestores sempre apresentam escores mais altos que os profissionais, conforme FIGURA 5.

FIGURA 5- MÉDIAS E INTERVALO DE CONFIANÇA – COMPARATIVO DE PROFISSIONAL E GESTOR – FATORES E ESCORE COI



FONTE: A autora (2019).

Ao comparar os grupos quanto ao tempo de atuação no cargo atual para gestores e tempo de profissão para os demais, até 10 anos ($n=139$), de 11 a 20 anos ($n=191$) e acima de 20 anos ($n=157$), o COI é de 6,69, 6,1 e 6,5, respectivamente. Pelo teste de Kruskal Wallis, complementado pelo teste DMS, $p=0,0018$, existe diferença significativa entre o grupo de participantes que têm entre 11 e 20 anos, com um COI menor, em comparação aos demais grupos.

Quanto ao tempo de atuação na SMS, até 10 anos, o COI foi de 6,13, de 11 a 20, 6,41 e acima de 20 anos, o COI foi de 6,93. Foi realizado o teste de Kruskal Wallis, a normalidade dos dados foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk. O p -valor = 0,0001. O grupo com tempo de atuação acima de 20 anos tem escore maior que os outros 2 grupos, segundo o teste DMS.

Quanto aos graus de escolaridade técnico e superior, foi aplicado o teste de Mann Whitney, $p=0,92$. Portanto, não foi evidenciada diferença estatística entre os dois grupos.

5.2 ETAPA QUALITATIVA

5.2.1 Caracterização dos participantes

A coleta de dados foi realizada no nível central com os diretores da Atenção Primária em Saúde, do Centro de Assistência à Saúde e do Centro de Epidemiologia, nos dez DS e US. Foram realizadas 86 entrevistas com os gestores e profissionais de saúde. As informações relacionadas à caracterização dos participantes, tanto os profissionais de saúde quanto os gestores, foram idênticas aos da etapa quantitativa.

Do total de participantes, 88,4% ($n=76$) eram do sexo feminino com idade média de 46 anos. Quanto ao local de atuação, seguem as informações conforme a TABELA 6. Os gestores do nível central foram os mesmos da etapa quantitativa, gestores dos dez DS foram entrevistados e gestores locais de 28 US. Os profissionais de saúde foram entrevistados em 16 US.

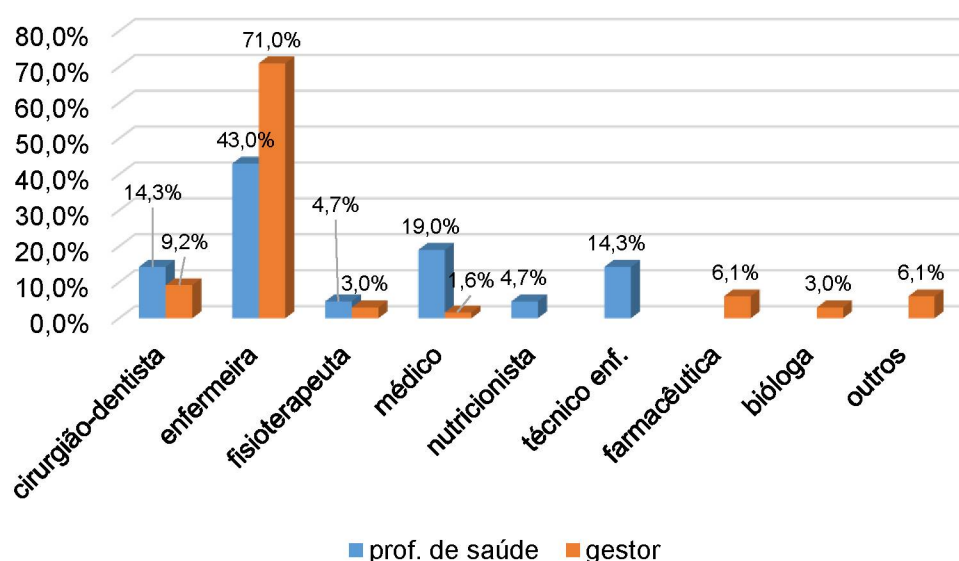
TABELA 6 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO AO LOCAL DE ATUAÇÃO

Caracterização	Gestores		Profissionais assistenciais	
Local de atuação	Frequência	%	Frequência	%
Atuação - central	3	3,5	-	-
Atuação - distrital	34	39,5	-	-
Atuação – local	28	32,5	21	24,5
Total de participantes	65	75,5	21	24,5

FONTE: A autora (2019).

Quanto à formação profissional, predominam participantes enfermeiras, tanto gestores como profissionais assistenciais, conforme GRÁFICO 8. Dentre os gestores denominados outros, estavam uma socióloga, psicóloga, fonoaudióloga e veterinária.

GRÁFICO 8 - FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS E GESTORES



FONTE: A autora (2019).

Quanto ao nível de escolaridade dos gestores, dois tinham concluído o doutorado, cinco o mestrado e 58 tinham especialização, estes representam 89% do total de gestores. Quanto à escolaridade dos 21 profissionais de saúde, das três técnicas de enfermagem, uma tinha curso superior na área de gestão, quanto aos profissionais graduados, uma enfermeira tinha mestrado e os demais tinham especialização.

5.2.2 Ações inovadoras

As ações inovadoras relatadas pelos participantes foram agrupadas de acordo com alguma semelhança ou característica em comum em 12 unidades, conforme o QUADRO 4:

QUADRO 4 - AÇÕES INOVADORAS

(continua)

Número	Ação inovadora	Descrição da ação inovadora	Número de participantes
1	Aplicativo Saúde Já Curitiba	Criação de um aplicativo para facilitar o acesso e comunicação entre o usuário e a US.	9
2	Acolhimento/ acesso avançado; Reorganização das agendas dos médicos e CD; Consulta da enfermeira;	Avaliar a necessidade do usuário e dar o devido encaminhamento e/ou resolutividade; Ampliar o número de consultas dos profissionais; Potencializar a assistência pela enfermeira.	13
3	Regulação da fila de encaminhamento para especialidades por meio do prontuário eletrônico; Regulação da fila de ortopedia com apoio dos fisioterapeutas; Atuação do NASF nas US por meio da consulta compartilhada de forma a diminuir os encaminhamentos externos;	Agilizar o acesso do usuário a consultas especializadas e exames; Promover a EPS e o trabalho da equipe multiprofissional.	3
4	Dimensionamento de pessoal – cálculo de vulnerabilidade; Remanejamento interno; Saúde do trabalhador;	Respaldar cientificamente a necessidade de remanejamento interno e/ou mais recursos humanos; Promoção da saúde do trabalhador intersetorialmente.	4
5	Gestão participativa; Comunicação na equipe; Pasta compartilhada; Trabalho compartilhado entre coordenações; Metodologias ativas;	Ampliação dos espaços de discussão e participação das equipes de saúde; Criação de grupo no Whatsapp da equipe da ESF para promover a comunicação e agilizar o trabalho; Organização e acesso das informações, fluxos, protocolos da SMS para a equipe da US por meio de uma pasta na área de trabalho do computador; Utilização de metodologias ativas em reuniões com as ASL.	7
6	Práticas integrativas (auriculoterapia, acupuntura); Procedimentos médicos nas US;	Ampliação da carteira de serviços da US pela introdução de práticas integrativas e procedimentos médicos antes não realizados nas US.	5
7	Intervenções nos processos de trabalho da vigilância sanitária e epidemiológica;	Melhorias dos processos de trabalho com a elaboração de planilhas, classificação de risco dos...	4

(continuação)

Número	Ação inovadora	Descrição da ação inovadora	Número de participantes
7	Planilha para controle de informações; Classificação de risco dos estabelecimentos de saúde; Vigilância na Copa do Mundo em Curitiba;	estabelecimentos para agilizar e aprimorar o serviço prestado; Criação de processos de trabalho e ações de vigilância em saúde para um evento inédito na cidade.	4
8	Implantação do APSUS (Programa de qualificação da Atenção Primária à Saúde); Implantação da estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; Mutirão para inserção de dispositivo intrauterino (DIU);	Implantação de programas lançados pelo Estado e pelo MS para melhorar a assistência à saúde dos usuários; Ampliação do acesso ao método contraceptivo – DIU, pelas usuárias de um Distrito Sanitário, envolvendo as enfermeiras para realização do procedimento.	6
9	Ação educativa na escola referente à Infecções Sexualmente Transmissíveis; Ação educativa na comunidade referente à dengue; Ação educativa para adolescentes no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS); Ação intersetorial para trabalhadores; Ação educativa para gestantes; Ação educativa para mulheres;	Utilização de estratégias inovadoras nas ações educativas nas US; Ações intersetoriais para atender adolescentes e trabalhadores.	8
10	Monitoramento de grupos prioritários na US/fitas de glicemia/consultas perdidas; Fisioterapia com cães e cadeirantes; Ampliação do horário na farmácia; Introdução da normativa de enfermagem/consulta clínica; Consulta puerperal multiprofissional;	Organização do processo de trabalho a fim de solucionar a dificuldade de acesso e controle no atendimento aos diabéticos; Informação aos usuários por meio de banner atualizado mensalmente quanto ao número de consultas especializadas agendadas, porém não utilizadas e importância da atualização cadastral; Assistência fisioterápica domiciliar inovadora em uma US; Ampliação do acesso a medicamentos controlados pela ampliação do horário de atendimento na farmácia da US; Ampliação da carteira de serviços pela enfermeira assistencial; Consulta puerperal multiprofissional realizada em domicílio.	13
11	Residência em medicina de família e de enfermagem	Introdução do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família.	2
12	Ações do Distrito Sanitário relacionados às US e seus usuários; Envio de dados para a US; Controle de fitas de glicemia;	Novas formas e aprimoramento na comunicação entre DS e US para melhor controle de ações relacionadas ao monitoramento de usuários, medicações, fitas de glicemia;	7

Número	Ação inovadora	Descrição da ação inovadora	(conclusão)
			Número de participantes
	Controle de estoque de medicamentos; Organização dos grupos do programa do tabagismo; Planilha de monitoramento de gestantes; Reorganização do serviço de transporte dos usuários; Mobilização intersectorial – Baleia Azul;	Introdução do Programa do Tabagismo nas US; Nova forma de organizar o transporte dos usuários que são contemplados pela portaria específica a fim de aumentar o número de usuários atendidos; Criação de grupo de Whatsapp em função do Caso Baleia Azul que levou ao aumento de tentativas de mutilação e suicídio, para melhorar a comunicação da equipe multiprofissional e intersectorial e agilizar o atendimento e monitoramento.	
13	Capacitação dos profissionais; Câmaras técnicas; Resgate do papel da equipe de saúde da família.	Ações de EPS organizadas pelo DS para os profissionais da US com apoio das ASL e gestores distritais a fim de atender às necessidades nas US evidenciadas no DS; Ação de EPS liderado pela ASL para reorganização do processo de trabalho a fim de contemplar a proposta da ESF.	5

FONTE: A autora (2019).

5.2.3 Resultados sintetizados de acordo com o modelo conceitual da capacidade inovadora

A seguir os resultados qualitativos são apresentados em dois quadros síntese organizados a partir:

- dos quatro processos: criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento nas dimensões estrutural, particular e singular (QUADRO 5)
- dos recursos organizativos: capital humano, liderança, cultura organizacional e estruturas e as observações referentes a cada recurso (QUADRO 6).

A numeração das falas corresponde a uma unidade do QUADRO 4, que compõe as ações inovadoras agrupadas.

QUADRO 5 - SÍNTESE DOS PROCESSOS DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO

(continua)

MODELO CONCEITUAL DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO	
Processo: criação do conhecimento	
<p>1. "...esse aplicativo foi uma excelente ideia...uma tecnologia inovadora,...sendo pelo SUS eu acho fantástico, uma melhoria muito grande." (gesus 13)</p> <p>"A gente já tem as possibilidade de: o que é que nós queremos para o aplicativo, que coisas nós queremos colocar...toda a inovação, toda a possibilidade a gente também tem que pensar nas coisas que vão ser boas para serem implementadas ou não." (gesce 2)</p> <p>3: "...era uma proposta do Ministério da Saúde, ele já tinha feito toda uma aproximação, Ministério da Saúde, Ministério da Educação[... aí se iniciou esse trabalho em parceria com a Universidade Federal.....a grande vantagem que a gente conseguiu, foi fazer esse método, esse processo acontecer dentro do prontuário da Unidade...a comunicação trouxe a grande diferença(gesce 1)</p> <p>5. "A pasta surgiu da minha necessidade de me organizar...comecei fazendo uma pasta...vi que seria muito útil compartilhá-la com outras pessoas." (gesus 6)</p> <p>7: "Para implantação, já começa com uma estrutura aqui dentro de um serviço de epidemiologia muito bom, uma equipe muito boa...que cria, que dá sugestão. Porque a planilha em si, a ideia eu dou. A planilha é montada pelo técnico...ele criou." (gesds 9)</p>	
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)	
<p>E: contribuição para valorização do SUS e APS. Ministérios e UFPR influenciaram a teleregulação, portarias nacionais.</p> <p>P: equipe da gestão da APS é protagonista na criação do aplicativo e na ampliação de recursos desta tecnologia. Processo institucional.</p> <p>S: Profissionais aplicam seu conhecimento a favor da ação inovadora</p>	
Processo: absorção do conhecimento	
<p>2. "Criamos como se fosse uma comissão... buscamos estudar juntos... e a gente foi apresentando para a equipe... durante as reuniões...procurei mais artigos com perfil semelhante ao da US ...o próprio médico daqui que é professor da UFPR nos trouxe muito material e falava muito a respeito." (gesus 24)</p> <p>"...trouxe [Departamento de Atenção Primária à Saúde] alguns modelos de outros municípios...algumas literaturas, alguns documentos que a gente também discutiu na primeira reunião de equipe." (gesus 26)</p> <p>- "...comecei a ver que eu tinha que realmente abrir minha agenda para dar essa resposta para equipe e para população...muita coisa não é o médico que vai resolver, é o enfermeiro mesmo..."(prof 15)</p> <p>3: "... em conversa com os próprios prestadores que reclamavam muito da qualidade do encaminhamento... além do apoio do Ministério que estava incentivando... Conselho Regional de Medicina que também entendeu, apoiou o processo...a gente começou a acompanhar o que os outros municípios, o que os outros Estados estavam fazendo e da forma como eles evoluíram..." (gesce 1)</p> <p>4. "Foi feito um estudo de dimensionamento no trabalho da saúde...a Secretaria trabalhou junto com uma professora muito qualificada...nos falou da prática e do embasamento teórico...agora com a mudança de gestão e entrou a outra questão do IVAB (Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência,... a gente tem um fato concreto que pode ser mensurado..." (gesds 25)</p>	

(continuação)

MODELO CONCEITUAL DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO
Processo: absorção do conhecimento
<p>5: "Eu participei do curso de especialização, fui facilitadora dentro do processo de metodologias ativas...,acabei trazendo isso para minha prática...comecei com minha equipe...fazendo eles refletir..., eu estudei mais...vivenciei..." (gesds 14)</p> <p>6: "Em reunião que a gente sempre faz com enfermeiros, com a equipe, foi visto a grande demanda de medicação que os pacientes tomam...surgiu a questão do curso de auriculoterapia, que nos foi ofertado pelo CES em parceria com a faculdade de Florianópolis...começamos a buscar, procurar em internet, em livros...se inteirar mais..." (gesus 4)</p> <p>7: "...a residência ajudou muito, vinham colher lá na fonte e traziam para dentro do posto. A gente tinha o conhecimento que a APS deveria ser mais resolutiva..." (gesds 33)</p> <p>8:" ...a gente teve um curso de 8 horas, dado pelo Estado...explicamos para a equipe..." (gesds 13)</p> <p>"Antes disso os nutricionistas, então nós...recebeu uma capacitação do Ministério da Saúde como tutoras em amamentação. o..." (prof 8)</p> <p>9: "...fizemos uma reunião com a regional, com o setor de epidemiologia, vigilância em saúde e nós levamos uma proposta que nós conseguimos um grupo de voluntários...fizemos uma reunião com líder..." (gesus 5)</p> <p>10: "eu pedi orientação como que o sistema OneTouch poderia me dar mais informações para que eu pudesse me embasar e dar um retorno para o paciente..." (gesus 12)</p> <p>"Foi feito um diagnóstico e a Secretaria para seu plano de governo, ela fez um levantamento e viu que o acompanhamento dos programados...foi trazido o consultor que já tem uma experiência bem ampla no Brasil ... (gesds 6)</p> <p>11: "...a Secretaria resolveu chamar a residência de sua, foi um grande propulsor porque daí não precisava só eu como médico falar: quero ser preceptora da residência. Daí é uma coisa que também vem um pouco de cima, a equipe entendeu." (prof 3)</p> <p>12:"Secretaria do Estado já vinha trabalhando com uma estratificação de risco um pouco diferenciada. A gente foi atrás das informações... conhecimentos estruturados..., além dos parceiros...maternidades...essa busca de conhecimento, ela surgiu na verdade dos diferentes parceiros...e leitura da realidade..." (gesds 19)</p>
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)
<p>E: Políticas públicas, protocolos, artigos científicos, modelos de outros municípios e Estados subsidiaram ações. Consultor, órgãos externos, apoio do Conselho Regional de Medicina (CRM), prestadores de serviços para a SMS, cursos, mídia.</p> <p>P: Educação permanente em saúde em reunião, enfermeiras apoiadoras. Capacitações e material elaborado na instituição anteriormente. DS apoiador com capacitação e mobilização em diversos níveis da gestão. Importância de pessoas chaves no planejamento e implantação da inovação. Gestão participativa na US. O conhecimento é visto como importante para melhorar o serviço público que é taxado como ruim pela população. Muitas necessidades podem ser solucionadas pela equipe e não dependem da rede de atenção. Ação intersetorial na SMS, projeto piloto num distrito sanitário. ASL em evidência para executar o estudo com apoio do DS e setor de gestão de pessoas. Preocupação distrital com a saúde do trabalhador. Ação da SMS a partir das necessidades locais o que instrumentalizou e apoiou os gestores locais para aplicação da portaria e seus desdobramentos. Instituição deu suporte para a formação da profissional e foi beneficiada pelo conhecimento externo. Liderança da enfermagem. Profissionais de diferentes categorias da US buscaram alternativas de tratamento para os usuários. Mudança de processo de trabalho. Institucionalização da residência foi</p>

(continuação)

MODELO CONCEITUAL DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO
Processo: absorção do conhecimento
<p>importante para a ação do médico com interesse em ser preceptor. Distritos subsidiam as US e encaminham demandas da SMS para melhor assistência.</p> <p>S: Capacitação e apropriação do conhecimento da gestora local, experiência na gestão. Competência profissional da enfermeira, gestor busca soluções inovadoras. Cada ASL teve que aplicar no seu local de trabalho, negociar, analisar sua realidade e casos individuais. ASL em evidência para executar o estudo com apoio do DS e setor de gestão de pessoas. Gestor utiliza conhecimento adquirido em curso de especialização e aplica no gerenciamento dos seus subordinados. Motivação pessoal foi fundamental para buscar conhecimento. Líder motivou a equipe, utilizou sua experiência e mostrou a importância da ação. Pessoas chaves do DS e do NASF para promover a implantação caracterizadas por ter conhecimento específico para desenvolver a ação inovadora. Profissionais assistenciais e gestores perceberam fragilidades e iniciaram o processo de mudança.</p>
Processo organizativo: integração do conhecimento
<p>1: "...foi feito reunião com os pacientes, boca a boca...temos panfletinhos orientando o paciente... O que teve foi assim de uma chefia compartilhar com a outra: quem que está fazendo o aplicativo na tua US" (gesus 8)</p> <p>2: "...a gente chegou a ir até um a outra US que já funcionava o acolhimento ...serviu de base..."</p> <p>"Saber como eles [na US ESF] trabalhavam, que eles já trabalham mais o acolhimento...saber um pouco mais como funciona na estratégia ajudou bastante". (gesus 19)</p> <p>3:"Instituído a partir de um modelo que foi feito em quatro US com um fisioterapeuta específico." (prof 9)</p> <p>4: "O que facilitou foi um movimento de uma Secretaria como um todo...foi mais fácil essa transição..." (gesds 10)</p> <p>5: "...a articulação, ela parte do nível central através de dois DS...e cada um dos dez tem o seu setor de epidemiologia...através dos distritos nós conseguimos chegar nas US... (gesce 3)</p> <p>6: "Interessante como tem se espalhado isso: vocês são da US [X]? Eu estou sabendo...e ele fala que está funcionando bem... (gesus 4)</p> <p>6. "...na própria reunião que a gente tinha, das autoridades, a gente trocava experiências e a partir do momento que um posto percebia que o outro estava fazendo [procedimentos médicos], a autoridade já se sentia mais animada em tentar convencer o colega médico de estar fazendo também. Sem contar as experiências que a gente tinha com os outros distritos, nos eventos que a gente participava...o pessoal foi, apresentou, congressos..." (gesds 33)</p> <p>7: Começou pelo nível central...da diretoria da vigilância sanitária...eles vieram com a ideia, daí veio para cada distrito fazer as oficinas, para ir trabalhando." (gesds 27)</p> <p>8:"Então a gente está resgatando isso aqui no distrito...para todas as outras Unidades..." (prof 8)</p> <p>9: Nós todos primeiro fomos buscar com eles o que importava para eles...demanda que eles tinham para a gente saber como lidar com isso...para a gente procurar se instruir mais....ajuda...de outras categorias, não só a odontologia, e daí enfermeira, médico para poder juntar tudo e começar a trabalhar as demandas....o que norteia é o fato da gente conhecer bem a nossa realidade, nós somos estratégia saúde da família, sendo assim, a gente acaba conhecendo até essas famílias desses adolescentes..." (prof 1)</p>

(continuação)

MODELO CONCEITUAL DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO
Processo organizativo: integração do conhecimento
<p>10: "...fizeram uma reunião [distrito]...chamaram a gente, chamaram o dentista, o TSB, o ASB, todos eles foram também para o treinamento. Então eles vieram com esse entendimento e aqui na Unidade a gente abraçou a causa...a gente fez reunião, passamos os dados..." (gesus 3)</p> <p>11: "Como isso aconteceu em outras US também, a gente tinha o relato dos outros preceptores que também tinham sucesso ou tinham as suas dificuldades." (prof 19)</p> <p>13: A gente tem muita consciência da importância que a câmara técnica tem, nós do distrito enquanto gestores, chefias e até as equipes.. tem se mantido como uma referência de resoluções de questões dos processos de trabalho..." (gesds 30)</p>
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)
<p>E: dimensão não evidenciada</p> <p>P: Algumas propostas faziam parte do plano de governo da nova gestão, DS mobilizou os gestores que tiveram a atribuição de mobilizar e capacitar as equipes. Apoiaram a implantação na US. Dificuldade de compreensão da equipe, preocupação em "vender a ideia" para a equipe. Reunião como estratégia para capacitação. Repasse de informações para a população vulnerável, atuação do agente comunitário em saúde (ACS) nessa divulgação. Divulgação intersectorial. Troca de experiências entre gestores e equipes. Potencialidade da US com ESF no acolhimento. Equipes capacitadas para compreender e realizar as mudanças no sistema informatizado, exploração do potencial que a informatização do serviço proporciona. Convencimento das equipes, pessoas dispostas a fazer a mudança. Equipe responsável pelas consultas especializadas capacitada para realizar e sustentar as mudanças. Equipe da US receptiva para atendimento do NASF de forma compartilhada. Ação institucional que facilitou a implementação. A proposta da gestão participativa, o direcionamento da gestão central, atuação no DS tem oportunizado a integração do conhecimento. Uso de aplicativo pela equipe para aprimorar a comunicação. Equipe receptiva é fundamental para o sucesso da ação. Conhecer a realidade local instrumentaliza os profissionais para a ação. Possibilidade de disseminar experiências inovadoras. Há integração da ação mas não está claro se tem integração de conhecimento nas ações com adolescentes. Desafio da integração da equipe multiprofissional na ação inovadora. Visão de multiplicar as experiências inovadoras em outros DS. Uso de dados informatizados por meio de relatório para nortear o planejamento da ação. Vantagem de ter a ESF implantada. Apoio do NASF. Experiência local é compartilhada com o distrito no Conselho Distrital, sistema informatizado auxilia no processo. Integração da residência com a equipe multiprofissional da US para realizar a ação inovadora, troca de experiência entre preceptores. Troca de experiências subsidiou a implantação de ações inovadoras. Dados de relatórios emitidos pelo sistema informatizado, conhecimento científico, capacitação, visibilidade externa à organização. Organização interna. Empenho do DS para implantar o acolhimento e gerenciar as câmaras técnicas e o protagonismo das ASL no nível local. Conhecimento da realidade <i>in loco</i> para planejar as ações.</p> <p>S: Instrumentalização do gestor responsável pela divulgação e aprimoramento. ASL tem conhecimento do andamento em outras US e é desafiada a integrar o conhecimento nas US. Gestor do nível central reconhece que precisa motivar as equipes para os desdobramentos da implantação. Experiência prévia em outra US contribuiu. Enfermeira liderou um árduo processo de mudança no agendamento. Ações pontuais de capacitação para profissionais específicos que tem dificuldade de encaminhar para especialista corretamente. Processo simples para o médico das US (vantagem para aceitar essa ação) e complexo para o médico regulador (fragilidade que precisa ser resolvida) Fisioterapeuta elaborou o modelo de regulação da ortopedia. Liderança distrital como mediador entre a gestão do nível central e a local. ASL local (ação relatada quando estava em outro cargo) desenvolveu o gerenciamento da informação a partir de sua experiência. Gestores e profissionais de saúde buscam gerenciar a informação por meio de aplicativo de celular e outros meios. Experiência</p>

(continuação)

MODELO CONCEITUAL DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO
Processo organizativo: integração do conhecimento
<p>acumulada enquanto gestor local e função atual tem potencializado a integração do conhecimento. Experiência do gestor o empoderou para criar o instrumento de gestão. O interesse pessoal dos líderes influencia na implantação da ação. ASL reconhece a importância do apoio da equipe. Organização a partir da experiência do preceptor. Gestor distrital teve um papel fundamental na implantação da inovação e na sua sustentação</p>
Processo organizativo: reconfiguração do conhecimento
<p>1: "Foi feito ajuste pelo pessoal do TI para melhoria..." (gesus 13)</p> <p>2: Daí a gente adotou o nosso estilo ...nessa reunião de equipe tiveram várias ideias... tiveram que depois de um primeiro momento fazer algumas correções para melhoria do trabalho ..., a gente fez por vários dias sala de espera porque o paciente tem um pouco de dificuldade de aceitação ..." (prof 20)</p> <p>3: Agora nós temos que buscar aquilo que os outros [municípios] conseguiram avançar que é na questão da capacitação..." (gesce 1)</p> <p>4: "Foram feitas adaptações porque embora os dados levassem alguns critérios predefinidos por todo esse estudo pela gestão de pessoas..." (gesds 15)</p> <p>5: Nós reavaliávamos esse processo constantemente como o gestor local e com alguns membros da equipe...eu procurava ir em área e conversar com a própria equipe até para uma avaliação...essa democratização da gestão ela retrocedeu por demais... (gesds 24)</p> <p>6: Adaptação de agenda...a equipe me ajuda...toda hora a gente tem que readequar." (prof 7)</p> <p>7: "...o ajuste foi em termos de conhecer, porque na época ...a gente não tinha o sistema que tem hoje... (gesds 27)</p> <p>9: "O grupo está tendo uma repercussão, até pelo acolhimento dos adolescentes...agora a gente chega lá e eles já falam na linguagem...mais próxima...mais interativo...do que era antes." (prof 1)</p> <p>10: "...senta, vamos colocar as ideias e vamos ver o que é melhor...vamos tentar dessa maneira, não deu, a gente recua...existe resistência para isso...a gente consegue ter um ...bom debate com a equipe." (gesus 25)</p> <p>"Com o tempo a gente foi trazendo outras pessoas para a discussão...outra reunião já foi totalmente diferente...as pessoas foram ganhando confiança na clínica...que a gente mantenha esse papel nosso enquanto enfermeiro dentro da rede. Envolver mais os Conselhos...daria mais visibilidade, outros profissionais conseguir enxergar o que é único e exclusivamente do enfermeiro..." (gesus 23)</p> <p>11: "...é mais em relação ao processo de trabalho...planejamento de fazer as discussões de caso semanal..." (prof 3)</p> <p>12: "...a gente pensou em algumas outras alternativas até que enfim a gente chegou na questão...todos pensando junto achamos melhor passar pela consulta de enfermagem...mas foram vários meses." (gesds 7)</p> <p>13: "...a gente teve que mudar a periodicidade...tem muito déficit de RH na área...muita equipe incompleta...muita coisa acontecendo junto..." (gesds 30)</p>
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)
<p>E: Experiência de outros municípios para aprimorar a ação.</p>

(conclusão)

MODELO CONCEITUAL DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO
Processo organizativo: reconfiguração do conhecimento
<p>P: Apoio do setor de informática para melhoria do produto. Equipes das US apontam falhas na criação do produto. Os ajustes são internos, na US, no processo de trabalho, enquanto atribuição do enfermeiro ou auxiliar de enfermagem e na ampliação de possibilidades de uso do aplicativo. Desconstrução do modelo médico centrado. Os usuários são afetados pelos ajustes. Os ajustes são realizados a partir da avaliação do processo de trabalho implantado e podem gerar conflitos. Departamento visualiza a ampliação do potencial inovador da telerregulação. SMS faz ajustes que não são adequados para o processo de trabalho já instituído. Ajustes são possíveis e pactuados entre o distrito e as chefias. Gestor e profissionais avaliam coletivamente a ação e fazem os ajustes.. Aprimoramento do sistema informatizado contribuiu para melhoria dos serviços. Os ajustes foram feitos para atender as necessidades dos usuários e prevenir intercorrências. Contradição: ampliação de acesso para os programáticos e barreira para outros que necessitam. Apoio maior ou menor de acordo com a competência da ASL.</p> <p>S: ASL lidera os ajustes na US. Pessoas do nível central buscam aprimoramentos a serem instalados no aplicativo. Capacitação individual realizada pelo profissional do NASF na consulta compartilhada. Gestor faz auto-avaliação e avaliação da ação para promover melhorias. Preocupação com a categoria das enfermeiras para fortalecer e ter maior visibilidade.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 6 - SÍNTESE DOS RECURSOS ORGANIZATIVOS DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO

(continua)

Recurso organizativo: capital humano
<p>1: "...ela [gestor] é uma pessoa que gosta muito da tecnologia, ela banca muito o aplicativo, ela tem força na instituição, ela tem uma força política...bastante conhecimento..." (gesce 2)</p> <p>"O enfermeiro foi importante nesse processo...embora têm tido algumas resistências...na odontologia me ajudaram...explicar para a comunidade. No conselho, os conselheiros são pessoas chaves porque elas divulgam nas suas entidades, nas igrejas..." (gesus 16)</p> <p>A gente repassou para a equipe de enfermagem...que ali é o carro chefe...para repassar, fazer todo dia uma orientação para os pacientes, uma sala de espera..." (gesus 13)</p> <p>2. Elas [enfermeiras] compraram a ideia e também perceberam a importância de ouvir...não necessariamente tudo eu preciso de uma consulta médica ... (gesus 1)</p> <p>"A equipe apoiou bastante...também com apoio do Conselho para orientar a comunidade... a experiência, são pessoas de muitos anos de casa...percebiam que aquilo estava já defasado, aquela forma de atendimento..." (gesus 26)</p> <p>3. "Tiveram primeiro uma boa vontade de acreditar nesse processo... pessoas da própria Secretaria que estavam vinculadas ao TI...elas tinham vivência da rede, do prontuário, foi primeiramente o principal. Gestores que acreditaram e que tiveram a coragem de iniciar o processo..." (gesce 1)</p> <p>"Agora com o NASF você atende junto...você vai qualificar o profissional que está aqui." (prof 6)</p> <p>4: "A facilidade maior foi a gestão da pessoa do apoio, ter os dados e as chefias entenderem que todo esse processo estava embasado numa legislação, em dados apresentados, em pesquisas realizadas e voltada para o território, para a característica da Unidade." (gesds 15)</p> <p>5: Nós tínhamos na época o apoio do nível central...tivemos os apoiadores institucionais, isso foi essência...por serem de fora tinham uma visão também diferente, que procuravam complementar o que a gente tentava trazer..." (gesds 24)</p> <p>6: "Eu [ASL], as duas enfermeiras da US e a médica clínica da Unidade, a fisioterapeuta também, só que ela é do NASF, fizemos o curso de auriculoterapia...a equipe abraçou, indica." (gesus 4)</p> <p>"...eles [preceptores] vieram já com essa intenção de fazer [procedimentos médicos] ...o fato do preceptor ter passado pela residência...a gente tinha algumas restrições...do técnico, do auxiliar, às vezes até mesmo do enfermeiro...mas no final eles acabaram entendendo que para o paciente é melhor." (gesds 33)</p> <p>8: "...a gente fica mais feliz é porque a equipe comprou a ideia...a gente só conseguiu atingir o selo bronze porque cada um fez a sua parte: supervisora, coordenação, a chefia e principalmente a equipe. E quem ganha é o usuário...A gente tinha muitos acadêmicos, eram profissionais de nível médio que estavam fazendo faculdade...esses compraram a ideia mas...outros não, mas que acabaram entrando porque viram o benefício... Nós tivemos o Estado que fez, a própria Secretaria que também nos apoiou, a atenção primária à saúde, a secretária...nosso supervisor...a chefia da Unidade..." (gesds 34)</p>
<p>9: "Todo mundo, mais Conselho, mais comunidade, isso quando todo mundo compra essa proposta dá certo." (gesds 3)</p> <p>10. "Na maior parte das vezes a gente traz inovações nos processos de trabalho, são pequenas inovações que partem de discussão da equipe, pode ter até contribuição da comunidade...normalmente a maior contribuição é de quem está trabalhando mesmo..." (gesds 9)</p> <p>12: "As pessoas tem que realmente ter uma formação...se dedicar...a médica quando fala do programa, você sente assim....brilham os olhos dela, faz com que os outros também se contagiem com aquela situação..." (gesds 18)</p> <p>13. "...teve a participação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem...eles se sentiram valorizados,</p>

(continuação)

Recurso organizativo: capital humano
a gente utilizou, na verdade, mais a premissa da Secretaria de que deveria ter o acolhimento em todas as Unidades...” (gesds 29)
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)
<p>P: Citam diversos profissionais como pessoas chaves, enfermeiro mais resolutivo no atendimento à população pelo aplicativo, odontologia, ACS, auxiliares de enfermagem, NASF, residentes, gestores locais, distritais e o do nível central que apoiaram, além de profissionais de outros setores. Gestores distritais são importantes na articulação, apoiadores que fizeram parte da gestão anterior foram reconhecidos como capital humano, além do conselho local. Usuários não tem expressiva contribuição. O Conselho Local e ACS tem seu papel na mediação com a comunidade.</p> <p>S: Desafio do ASL em facilitar a compreensão da equipe e reconhecer as pessoas chaves que serão os apoiadores nas US. Uma enfermeira tinha um trabalho diferenciado. O grau de envolvimento dos profissionais é diferente por isso a identificação das pessoas chaves é importante. Experiência e iniciativa individual potencializa a mudança.</p>
Recurso organizativo: liderança
<p>1: As chefias das US, as autoridades que tiveram que conversar, repassar o objetivo da proposta para os servidores...” (gesds 22)</p> <p>2 “...todo dia eu me pergunto: o que eu posso fazer de novo...de diferente. Porque nada está posto...todos os residentes que eu recebo eu falo...você traga de novo. Eu quero ver, tudo é bem-vindo...que o espírito de inovação esteja com cada um de nós em qualquer espaço que a gente ocupe nessa rede. Na gestão, na assistência, em qualquer lugar porque a saúde, o SUS precisa disso.” (gesus 24)</p> <p>“Foram as enfermeiras mesmo, principalmente do turno da manhã...elas insistiram junto comigo com os auxiliares...mesmo eu deixando livre para que elas organizarem esse fluxo no início da manhã...”. (gesus 2)</p> <p>3: “A característica principal da pessoa [que começou o projeto] é conhecimento...faz também todas as capacitações...tem características de liderança...é o líder do grupo da fisioterapia...” (prof 9)</p> <p>4: “...mas a US no papel da chefia tem um papel importantíssimo para que isso aconteça...ela vai dizer para mim como é que estão lotadas as equipes...como é que ela redistribuiu...reorganizou o serviço...a chefia da Unidade ...tem um papel fundamenta para que dê certo....ela tem que ter liderança, ...clareza da diretriz da Secretaria...saber ouvir o funcionário e saber mostrar para ele a importância que uma US tem.” (gesds 10)</p> <p>5: “A participação do distrito sempre foi fundamental ...não só para ajudar...mas também para dar direcionamento na execução das tarefas e de práticas inovadoras...até o envolvimento do Conselho Local em algumas tomadas de decisão...para a busca da satisfação do trabalhador, valorizar os trabalhador, motivá-lo ao reconhecimento de seu trabalho em área.” (gesds 24)</p> <p>“...coordenador local que tem um poder muito grande, ele é formador de opinião, ele tanto pode levar uma equipe a avançar como também a retroceder ou estacionar...” (gesds 24)</p> <p>6: “...meu [função de ASL] papel praticamente só foi dar as condições para que eles realizassem aquilo que estavam planejando, dar o suporte, dar o apoio...aos poucos as enfermeiras foram tomando mais a frente, organizando...conversando com o auxiliar...” (gesds 33)</p> <p>8: “Sem o apoio da Secretaria não seria possível, porque por mais que a gente tente sozinho na Unidade, a gente tem sempre uma diretriz e veio da Secretaria dessa vez...temos uma coordenação de saúde bucal com uma visão de que a gente precisa estar avançando...a nossa chefe sempre apoiou...apesar de ser enfermeira que tem essas dificuldades de entender um pouco da odontologia, ela sempre esteve junto com a gente.” (prof 11)</p>

(continuação)

Recurso organizativo: liderança
<p>9: “Eu [enfermeira] pela própria formação e interesse pela área, acabo me envolvendo mais com a questão de gestante e de interesse mesmo, daí acaba meio que tomando a frente.” (gesus 27)</p> <p>“...me sinto bastante compelido a praticar inovação...minha área de formação é um pouquinho diferente da maioria dos colegas...gestor tem que estar o tempo todo tentando trazer algo novo até para as equipes estarem se sentindo com um objetivo, com aquele brilho no olhar e as equipes vão perdendo isso com o tempo...” (gesus 9)</p> <p>11: “A pessoa chave foi a doutora X que na época era coordenadora da residência...era médica nessa US....conseguiu fazer muitas das negociações iniciais...a enfermeira da minha área...também foi muito importante...soube respeitar em muitos momentos...soube dar o espaço que a gente precisava, ajudou muito na organização...” (prof 19)</p> <p>12: “Houve também o envolvimento da coordenação das vigilâncias que é farmacêutica...ela nos ajudou a fazer análises...as pessoas chaves foram a coordenação de informação, assistência e vigilância...” gesds 17)</p> <p>13: “...principalmente aqui no distrito, as coordenações, eu [supervisor], a equipe do NASF...a gente trabalhou com temas...quem tocou foi o pediatra e o GO (Ginecologista Obstetra) do NASF...elaboraram a apresentação...uma geriatra que é uma médica da US...departamento de urgência e emergência veio com a capacitação...nós aqui do distrito é que bolamos, juntamos os pontos...são pessoas que tem um olhar estratégico do território...as chefias tiveram o papel de sensibilizar as equipes....chefias compraram a ideia...” (gesds 28)</p>
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)
<p>P: Os coordenadores locais foram reconhecidos amplamente como líderes de ações inovadoras, e o DS como apoiador e direcionador de ações institucionalizadas ou pactuadas no DS. A liderança de uma ação intersectorial foi a gestão distrital de saúde.</p> <p>S: Na implantação de ações inovadoras locais, profissionais assistenciais específicos foram identificados como líderes na implantação.</p>
Recurso organizativo: cultura organizacional
<p>1: “...no início sempre é difícil, tem resistência de todos os lados...é paciente falando...aí tem o funcionário: ah, tem um serviço a mais para nós, é uma sala a mais...e daí aos poucos as coisas vão se encaixando ...” (gesus 8)</p> <p>“O processo de implantação foi um pouco...moroso até a equipe aderir a essa ideia...essa dificuldade toda é de um histórico, então mudar o pensamento das pessoas é muito difícil tanto do profissional quanto da população.” (gesds 26)</p> <p>2: “...é uma equipe antiga, é uma equipe muito boa ...normalmente os mais antigos são os mais resistentes...mas não foi difícil trabalhar com eles. Quando o profissional consegue fazer esse resgate de qual é o meu papel aqui, que eu não sou só um funcionário público com um cargo...resgatar com eles desse papel ...foi muito importante.” (gesus 19)</p> <p>“A gente precisa estar sempre se atualizando mesmo porque trabalhar no serviço público é taxado como um serviço que não funciona, com uma coisa que não tem solução, que é assim mesmo. A própria população já vem com essa ideia formada de que a gente é um serviço ruim, que nunca vai ser bom...é essa necessidade de inovação para o serviço público é muito importante, interessante em vários aspectos, principalmente para tentar mudar essa visão da população...bem concreta que paga o nosso salário e que a gente é muito ruim.” (prof 20)</p> <p>3: “...foi mesmo um convencimento de 4,5 anos, de não deixando o assunto morrer, de sempre resgatando, de sempre estar colocando...” (gesce 1)</p>

(continuação)

Recurso organizativo: cultura organizacional	
4: "...algumas equipes demonstram um pouco de resistência porque ao longo do tempo as pessoas por comodidade mesmo acabaram se lotando todas no turno da manhã em prol da sua vida pessoal...mas não pensaram na população como um todo...as pessoas tem muita dificuldade em aceitar que nós estamos aqui para servir a comunidade e não para se servir da comunidade..." (gesds 10)	
5: "...às vezes fazer sempre o mesmo da mesma forma, não gera mudança, gera acomodação, e isso é o que às vezes mais acontece...precisa ser mexido, pessoas novas, ideias novas...mexer para inovar, para melhorar, não é o mexer para destruir o que já foi feito para fazer tudo de novo, não é nada disso...e tem sido assim ... conhecendo uma determinada realidade, tudo isso possa ser transformado numa política pública..." (gesce 3)	
6: "...aliás aqui tudo que a gente lança de ideia, o pessoal gosta. Eles são bem parceiros, todo mundo achou o máximo...tem uma característica que é de ser muito proativa, tudo que é diferente eles querem participar...são bem proativos... são muito comprometidos, (gesus 18)	
7: "Outra coisa porque deu certo é porque os gestores aqui são abertos ao novo, são abertos ao experimentar." (gesds 9)	
9: "Espírito de equipe nosso...a gente não diz equipe de saúde, equipe da FAS (Fundação de Assistência Social)..."(gesds 2)	
10: "A gente tem funcionários que são contra tudo...tem conselheiros também...contra todas as gestões. Parece que ele é um representante do povo mas ele trabalha contra o povo..." (gesds 6)	
12: "Quando você estabelece um processo...faz a conexão das ações, alguns profissionais entendem isso como um atrapalho porque são acostumados a trabalhar isoladamente... para você trabalhar com práticas inovadoras você precisa fazer essa interdependência, essas conexões." (gesds 19)	
13: "Nós tivemos sempre como premissa que é necessário ter uma capacitação continuada, uma educação permanente...a gente sempre teve essa ideia, os supervisores também sempre apoiaram...sempre teve esse enfoque...de estudo...a gente manteve essa cultura desses processos pedagógicos...isso sempre vinha acontecendo então a gente tem a continuidade." (gesds 30)	
"Realmente é complicado quando você não tem uma coisa que você quer implantar, parece que o ser humano, ele tem uma tendência a não querer sair da sua rotina...zona de conforto...você bate muito de frente para você provar que aquilo é necessário...é uma bipolaridade, na verdade, que a gente vê é falta de conhecimento mesmo, ...elas tendem a não querer sair da sua zona de conforto, da sua rotina..." (gesus 14)	
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)	
<p>P: Resistência à mudança foi identificada, mas a liderança na condução do processo à implantação. Algumas falas expressaram como uma cultura instituída no DS de educação permanente em saúde e uma integração entre os setores como muito benéficas para a condução da ação inovadora. Em algumas US e setores do DS há maior abertura para a inovação.</p> <p>S: O vínculo de alguns profissionais específicos com a equipe pode ser um potencializador para diminuir a resistência e facilitar a implantação de ações inovadoras</p>	
Recurso organizativo: estrutura e sistemas	
<p>1: "...a US estava com uma pressão da população em cima, falta de médicos, mudança de chefia, então o aplicativo veio como algo que pudesse criar uma expectativa ...fazer diferente. A dificuldade hoje é de expandir o número de ofertas em cima do método que a Secretaria quer. O aplicativo versus a capacidade operacional." (gest 64)</p> <p>2: "... mudança no layout da US ... hoje cada enfermeiro tem seu próprio consultório...deixar a farmácia junto com acolhimento...melhorou muito o processo da enfermagem..." (gesus 24)</p>	

(continuação)

Recurso organizativo: estrutura e sistemas
<p>3: “Prontuário eletrônico...o complicador é a interface com prestador porque agora nós temos um limite dentro da Secretaria...eu tenho especialidade que eu não tenho, então eu não consigo avançar para a telerregulação.” (gesce 1)</p> <p>4: “...dificultador é o tamanho da Unidade...fazer com que realmente a gente consiga cumprir o cronograma...a demanda é tão grande que ela foge do nosso alcance...” (gesds 23)</p> <p>5: “...outros problemas surgiram e com a saída dos apoiadores institucionais isso perdeu força...mais complicado ainda por razões de RH, de uma certa credibilidade até pelo cunho político...” (gesds 24)</p> <p>6: “...o investimento que a Secretaria fez em adquirir os insumos...investimento na residência porque é um investimento talvez não tanto financeiro, mas de tempo...” (gesds 33)</p> <p>8: “...faltou bastante apoio em questão de almoxarifado de materiais...várias coisas que a gente mesmo foi lá, comprou e adaptou para poder dar certo...se a gente dependesse só da Secretaria...os funcionários trouxeram, compraram, fizeram...mais estrutura material.” (gesus 20)</p> <p>10: “...só eu de enfermeira, então ficaram fragilizados os grupos, a própria equipe de enfermagem a gente também déficit de profissionais...” (prof 10)</p> <p>“A satisfação é essa, da gente ver que a gente tem capacidade, tem conhecimento e tem espaço...precisa trabalhar mais na promoção da saúde...para a gente poder trazer mais qualidade de vida e expectativa de vida para o paciente...para que o SUS não tenha tantos gastos desnecessários...” (prof 10)</p> <p>11: “A dificuldade maior é a questão de RH da US ...trabalho com RH diminuído e a questão do volume populacional que a gente atende...a enfermeira às vezes, faz atendimento em qualquer espaço da US, se precisar ceder um consultório para um médico ou mesmo para um aluno, eles se sentem bem recebidos.” (prof 19)</p> <p>12: “A gente ter um sistema informatizado que produz uma série de relatórios...são facilitadores...a redução de agentes comunitários é um dificultador...” (gesds 19)</p> <p>“Foi importante a gente entender qual é o papel do distrito nisso tudo porque muitas vezes o distrito fica perdido no meio, fica como se fosse uma função meio mas na verdade ela é uma função que tem que intervir, que tem que sinalizar, seja para instâncias maiores ou para quem está dentro do seu escopo de responsabilidade...o distrito tem que resgatar essa função de apoiador para a ponta e regulador para quem está lá em cima.” (gesds 17)</p> <p>13: “...apoio que a gente teve da Secretaria...isso facilitou...” (gesds 29)</p> <p>“Dificuldades, a gente que bancou, fizemos o café da manhã, a gente que pagou...espaço físico...não é o mais adequado...” (gesds 28)</p>
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)
<p>E: Importância de dar credibilidade ao serviço público, muitas vezes reconhecido como ineficiente pela população</p> <p>P: participantes reconheceram a importância da estrutura física, financeira e de RH. Para algumas ações a estrutura foi suficiente, em outras foi um fator limitante. A falta de reconhecimento das enfermeiras é uma fragilidade. O apoio institucional, seja do nível central ou distrital foi um fator potencializador.</p> <p>S: para que a ação inovadora fosse implantada profissionais arcaram com gastos, reconhecido como algo que não limitou a ação, mas foi apontado como uma fragilidade.</p>

(continuação)

Recurso organizativo: capital humano

1: "...ela [gestor] é uma pessoa que gosta muito da tecnologia, ela banca muito o aplicativo, ela tem força na instituição, ela tem uma força política...bastante conhecimento..." (gesce 2)

"O enfermeiro foi importante nesse processo...embora têm tido algumas resistências...na odontologia me ajudaram...explicar para a comunidade. No conselho, os conselheiros são pessoas chaves porque elas divulgam nas suas entidades, nas igrejas..." (gesus 16)

A gente repassou para a equipe de enfermagem...que ali é o carro chefe...para repassar, fazer todo dia uma orientação para os pacientes, uma sala de espera..." (gesus 13)

2. Elas [enfermeiras] compraram a ideia e também perceberam a importância de ouvir...não necessariamente tudo eu preciso de uma consulta médica ... (gesus 1)

"A equipe apoiou bastante...também com apoio do Conselho para orientar a comunidade... a experiência, são pessoas de muitos anos de casa...percebiam que aquilo estava já defasado, aquela forma de atendimento...." (gesus 26)

3. "Tiveram primeiro uma boa vontade de acreditar nesse processo... pessoas da própria Secretaria que estavam vinculadas ao TI...elas tinham vivência da rede, do prontuário, foi primeiramente o principal. Gestores que acreditaram e que tiveram a coragem de iniciar o processo..." (gesce 1)

"Agora com o NASF você atende junto...você vai qualificar o profissional que está aqui." (prof 6)

4: "A facilidade maior foi a gestão da pessoa do apoio, ter os dados e as chefias entenderem que todo esse processo estava embasado numa legislação, em dados apresentados, em pesquisas realizadas e voltada para o território, para a característica da Unidade." (gesds 15)

5: Nós tínhamos na época o apoio do nível central...tivemos os apoiadores institucionais, isso foi essência...por serem de fora tinham uma visão também diferente, que procuravam complementar o que a gente tentava trazer..." (gesds 24)

6: "Eu [ASL], as duas enfermeiras da US e a médica clínica da Unidade, a fisioterapeuta também, só que ela é do NASF, fizemos o curso de auriculoterapia...a equipe abraçou, indica." (gesus 4)

"...eles [preceptores] vieram já com essa intenção de fazer [procedimentos médicos] ...o fato do preceptor ter passado pela residência...a gente tinha algumas restrições...do técnico, do auxiliar, às vezes até mesmo do enfermeiro...mas no final eles acabaram entendendo que para o paciente é melhor." (gesds 33)

8: "...a gente fica mais feliz é porque a equipe comprou a ideia...a gente só conseguiu atingir o selo bronze porque cada um fez a sua parte: supervisora, coordenação, a chefia e principalmente a equipe. E quem ganha é o usuário...A gente tinha muitos acadêmicos, eram profissionais de nível médio que estavam fazendo faculdade...esses compraram a ideia mas...outros não, mas que acabaram entrando porque viram o benefício... Nós tivemos o Estado que fez, a própria Secretaria que também nos apoiou, a atenção primária à saúde, a secretária...nosso supervisor...a chefia da Unidade..." (gesds 34)

9: "Todo mundo, mais Conselho, mais comunidade, isso quando todo mundo compra essa proposta dá certo." (gesds 3)

10. "Na maior parte das vezes a gente traz inovações nos processos de trabalho, são pequenas inovações que partem de discussão da equipe, pode ter até contribuição da comunidade...normalmente a maior contribuição é de quem está trabalhando mesmo..." (gesds 9)

12: "As pessoas tem que realmente ter uma formação...se dedicar...a médica quando fala do programa, você sente assim....brilham os olhos dela, faz com que os outros também se contagiem com aquela situação..." (gesds 18)

(continuação)

Recurso organizativo: capital humano
13. "...teve a participação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem...eles se sentiram valorizados, a gente utilizou, na verdade, mais a premissa da Secretaria de que deveria ter o acolhimento em todas as Unidades..." (gesds 29)
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)
<p>P: Citam diversos profissionais como pessoas chaves, enfermeiro mais resolutivo no atendimento à população pelo aplicativo, odontologia, ACS, auxiliares de enfermagem, NASF, residentes, gestores locais, distritais e o do nível central que apoiaram, além de profissionais de outros setores. Gestores distritais são importantes na articulação, apoiadores que fizeram parte da gestão anterior foram reconhecidos como capital humano, além do conselho local. Usuários não tem expressiva contribuição. O Conselho Local e ACS tem seu papel na mediação com a comunidade.</p> <p>S: Desafio do ASL em facilitar a compreensão da equipe e reconhecer as pessoas chaves que serão os apoiadores nas US. Uma enfermeira tinha um trabalho diferenciado. O grau de envolvimento dos profissionais é diferente por isso a identificação das pessoas chaves é importante. Experiência e iniciativa individual potencializa a mudança.</p>
Recurso organizativo: liderança
<p>1: As chefias das US, as autoridades que tiveram que conversar, repassar o objetivo da proposta para os servidores..." (gesds 22)</p> <p>2 "...todo dia eu me pergunto: o que eu posso fazer de novo...de diferente. Porque nada está posto...todos os residentes que eu recebo eu falo...você traga de novo. Eu quero ver, tudo é bem-vindo...que o espírito de inovação esteja com cada um de nós em qualquer espaço que a gente ocupe nessa rede. Na gestão, na assistência, em qualquer lugar porque a saúde, o SUS precisa disso." (gesus 24)</p> <p>"Foram as enfermeiras mesmo, principalmente do turno da manhã...elas insistiram junto comigo com os auxiliares...mesmo eu deixando livre para que elas organizarem esse fluxo no início da manhã...". (gesus 2)</p> <p>3: "A característica principal da pessoa [que começou o projeto] é conhecimento...faz também todas as capacitações...tem características de liderança...é o líder do grupo da fisioterapia..." (prof 9)</p> <p>4: "...mas a US no papel da chefia tem um papel importantíssimo para que isso aconteça...ela vai dizer para mim como é que estão lotadas as equipes...como é que ela redistribuiu...reorganizou o serviço...a chefia da Unidade ...tem um papel fundamenta para que dê certo...ela tem que ter liderança, ...clareza da diretriz da Secretaria...saber ouvir o funcionário e saber mostrar para ele a importância que uma US tem. " (gesds 10)</p> <p>5: "A participação do distrito sempre foi fundamental ...não só para ajudar...mas também para dar direcionamento na execução das tarefas e de práticas inovadoras...até o envolvimento do Conselho Local em algumas tomadas de decisão...para a busca da satisfação do trabalhador, valorizar os trabalhador, motivá-lo ao reconhecimento de seu trabalho em área." (gesds 24)</p> <p>"...coordenador local que tem um poder muito grande, ele é formador de opinião, ele tanto pode levar uma equipe a avançar como também a retroceder ou estacionar..." (gesds 24)</p> <p>6: "...meu [função de ASL] papel praticamente só foi dar as condições para que eles realizassem aquilo que estavam planejando, dar o suporte, dar o apoio...aos poucos as enfermeiras foram tomando mais a frente, organizando...conversando com o auxiliar..." (gesds 33)</p> <p>8: "Sem o apoio da Secretaria não seria possível, porque por mais que a gente tente sozinho na Unidade, a gente tem sempre uma diretriz e veio da Secretaria dessa vez...temos uma coordenação de saúde bucal com uma visão de que a gente precisa estar avançando...a nossa chefe sempre nos</p>

(continuação)

Recurso organizativo: liderança
<p>apoiou...apesar de ser enfermeira que tem essas dificuldades de entender um pouco da odontologia, ela sempre esteve junto com a gente.” (prof 11)</p> <p>9: “Eu [enfermeira] pela própria formação e interesse pela área, acabo me envolvendo mais com a questão de gestante e de interesse mesmo, daí acaba meio que tomando a frente.” (gesus 27)</p> <p>“...me sinto bastante compelido a praticar inovação...minha área de formação é um pouquinho diferente da maioria dos colegas...gestor tem que estar o tempo todo tentando trazer algo novo até para as equipes estarem se sentindo com um objetivo, com aquele brilho no olhar e as equipes vão perdendo isso com o tempo...” (gesus 9)</p> <p>11: “A pessoa chave foi a doutora X que na época era coordenadora da residência...era médica nessa US...conseguiu fazer muitas das negociações iniciais...a enfermeira da minha área...também foi muito importante...soube respeitar em muitos momentos...soube dar o espaço que a gente precisava, ajudou muito na organização...” (prof 19)</p> <p>12: “Houve também o envolvimento da coordenação das vigilâncias que é farmacêutica...ela nos ajudou a fazer análises...as pessoas chaves foram a coordenação de informação, assistência e vigilância...” (gesds 17)</p> <p>13: “...principalmente aqui no distrito, as coordenações, eu [supervisor], a equipe do NASF...a gente trabalhou com temas...quem tocou foi o pediatra e o GO (Ginecologista Obstetra) do NASF...elaboraram a apresentação...uma geriatra que é uma médica da US...departamento de urgência e emergência veio com a capacitação...nós aqui do distrito é que bolamos, juntamos os pontos...são pessoas que tem um olhar estratégico do território...as chefias tiveram o papel de sensibilizar as equipes....chefias compraram a ideia...” (gesds 28)</p>
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)
<p>P: Os coordenadores locais foram reconhecidos amplamente como líderes de ações inovadoras, e o DS como apoiador e direcionador de ações institucionalizadas ou pactuadas no DS. A liderança de uma ação intersetorial foi a gestão distrital de saúde.</p> <p>S: Na implantação de ações inovadoras locais, profissionais assistenciais específicos foram identificados como líderes na implantação.</p>
Recurso organizativo: cultura organizacional
<p>1: “...no início sempre é difícil, tem resistência de todos os lados...é paciente falando...aí tem o funcionário: ah, tem um serviço a mais para nós, é uma sala a mais...e daí aos poucos as coisas vão e encaixando ...” (gesus 8)</p> <p>“O processo de implantação foi um pouco...moroso até a equipe aderir a essa ideia...essa dificuldade toda é de um histórico, então mudar o pensamento das pessoas é muito difícil tanto do profissional quanto da população.” (gesds 26)</p> <p>2: “...é uma equipe antiga, é uma equipe muito boa ...normalmente os mais antigos são os mais resistentes...mas não foi difícil trabalhar com eles. Quando o profissional consegue fazer esse resgate de qual é o meu papel aqui, que eu não sou só um funcionário público com um cargo...resgatar com eles desse papel ...foi muito importante.” (gesus 19)</p> <p>“A gente precisa estar sempre se atualizando mesmo porque trabalhar no serviço público é taxado como um serviço que não funciona, com uma coisa que não tem solução, que é assim mesmo. A própria população já vem com essa ideia formada de que a gente é um serviço ruim, que nunca vai ser bom...é essa necessidade de inovação para o serviço público é muito importante, interessante em vários aspectos, principalmente para tentar mudar essa visão da população...bem concreta que paga o nosso salário e que a gente é muito ruim.” (prof 20)</p>

(continuação)

Recurso organizativo: cultura organizacional	
3: "...foi mesmo um convencimento de 4,5 anos, de não deixando o assunto morrer, de sempre resgatando, de sempre estar colocando..." (gesce 1)	
4: "...algumas equipes demonstram um pouco de resistência porque ao longo do tempo as pessoas por comodidade mesmo acabaram se lotando todas no turno da manhã em prol da sua vida pessoal...mas não pensaram na população como um todo...as pessoas tem muita dificuldade em aceitar que nós estamos aqui para servir a comunidade e não para se servir da comunidade..." (gesds 10)	
5: "...às vezes fazer sempre o mesmo da mesma forma, não gera mudança, gera acomodação, e isso é o que às vezes mais acontece...precisa ser mexido, pessoas novas, ideias novas...mexer para inovar, para melhorar, não é o mexer para destruir o que já foi feito para fazer tudo de novo, não é nada disso...e tem sido assim ... conhecendo uma determinada realidade, tudo isso possa ser transformado numa política pública..." (gesce 3)	
6: "...aliás aqui tudo que a gente lança de ideia, o pessoal gosta. Eles são bem parceiros, todo mundo achou o máximo...tem uma característica que é de ser muito proativa, tudo que é diferente eles querem participar...são bem proativos... são muito comprometidos, (gesus 18)	
7: "Outra coisa porque deu certo é porque os gestores aqui são abertos ao novo, são abertos ao experimentar." (gesds 9)	
9: "Espírito de equipe nosso...a gente não diz equipe de saúde, equipe da FAS (Fundação de Assistência Social)..."(gesds 2)	
10: "A gente tem funcionários que são contra tudo...tem conselheiros também...contra todas as gestões. Parece que ele é um representante do povo mas ele trabalha contra o povo..." (gesds 6)	
12: "Quando você estabelece um processo...faz a conexão das ações, alguns profissionais entendem isso como um atrapalho porque são acostumados a trabalhar isoladamente... para você trabalhar com práticas inovadoras você precisa fazer essa interdependência, essas conexões." (gesds 19)	
13: "Nós tivemos sempre como premissa que é necessário ter uma capacitação continuada, uma educação permanente...a gente sempre teve essa ideia, os supervisores também sempre apoiaram...sempre teve esse enfoque...de estudo...a gente manteve essa cultura desses processos pedagógicos...isso sempre vinha acontecendo então a gente tem a continuidade." (gesds 30)	
"Realmente é complicado quando você não tem uma coisa que você quer implantar, parece que o ser humano, ele tem uma tendência a não querer sair da sua rotina...zona de conforto...você bate muito de frente para você provar que aquilo é necessário...é uma bipolaridade, na verdade, que a gente vê é falta de conhecimento mesmo, ...elas tendem a não querer sair da sua zona de conforto, da sua rotina..." (gesus 14)	
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)	
<p>P: Resistência à mudança foi identificada, mas a liderança na condução do processo à implantação. Algumas falas expressaram como uma cultura instituída no DS de educação permanente em saúde e uma integração entre os setores como muito benéficas para a condução da ação inovadora. Em algumas US e setores do DS há maior abertura para a inovação.</p> <p>S: O vínculo de alguns profissionais específicos com a equipe pode ser um potencializador para diminuir a resistência e facilitar a implantação de ações inovadoras</p>	
Recurso organizativo: estrutura e sistemas	
1: "...a US estava com uma pressão da população em cima, falta de médicos, mudança de chefia, então o aplicativo veio como algo que pudesse criar uma expectativa ...fazer diferente. A dificuldade hoje é de expandir o número de ofertas em cima do método que a Secretaria quer. O aplicativo versus a capacidade operacional." (gest 64)	

(continuação)

Recurso organizativo: estrutura e sistemas	
2: "... mudança no layout da US ... hoje cada enfermeiro tem seu próprio consultório...deixar a farmácia junto com acolhimento...melhorou muito o processo da enfermagem..." (gesus 24)	
3: "Prontuário eletrônico...o complicador é a interface com prestador porque agora nós temos um limite dentro da Secretaria...eu tenho especialidade que eu não tenho, então eu não consigo avançar para a telerregulação." (gesce 1)	
4: "... dificultador é o tamanho da Unidade...fazer com que realmente a gente consiga cumprir o cronograma...a demanda é tão grande que ela foge do nosso alcance..." (gesds 23)	
5: "...outros problemas surgiram e com a saída dos apoiadores institucionais isso perdeu força...mais complicado ainda por razões de RH, de uma certa descredibilidade até pelo cunho político..." (gesds 24)	
6: "...o investimento que a Secretaria fez em adquirir os insumos...investimento na residência porque é um investimento talvez não tanto financeiro, mas de tempo..." (gesds 33)	
8: "...faltou bastante apoio em questão de almoxarifado de materiais...várias coisas que a gente mesmo foi lá, comprou e adaptou para poder dar certo...se a gente dependesse só da Secretaria...os funcionários trouxeram, compraram, fizeram...mais estrutura material." (gesus 20)	
10: "...só eu de enfermeira, então ficaram fragilizados os grupos, a própria equipe de enfermagem a gente também déficit de profissionais..." (prof 10)	
"A satisfação é essa, da gente ver que a gente tem capacidade, tem conhecimento e tem espaço...precisa trabalhar mais na promoção da saúde...para a gente poder trazer mais qualidade de vida e expectativa de vida para o paciente...para que o SUS não tenha tantos gastos desnecessários..." (prof 10)	
11: "A dificuldade maior é a questão de RH da US ...trabalho com RH diminuído e a questão do volume populacional que a gente atende...a enfermeira às vezes, faz atendimento em qualquer espaço da US, se precisar ceder um consultório para um médico ou mesmo para um aluno, eles se sentem bem recebidos." (prof 19)	
12: "A gente ter um sistema informatizado que produz uma série de relatórios...são facilitadores...a redução de agentes comunitários é um dificultador..." (gesds 19)	
"Foi importante a gente entender qual é o papel do distrito nisso tudo porque muitas vezes o distrito fica perdido no meio, fica como se fosse uma função meio mas na verdade ela é uma função que tem que intervir, que tem que sinalizar, seja para instâncias maiores ou para quem está dentro do seu escopo de responsabilidade...o distrito tem que resgatar essa função de apoiador para a ponta e regulador para quem está lá em cima." (gesds 17)	
13: "...apoio que a gente teve da Secretaria...isso facilitou..." (gesds 29)	
"Dificuldades, a gente que bancou, fizemos o café da manhã, a gente que pagou...espaço físico...não é o mais adequado..." (gesds 28)	
Dimensão Estrutural (E), Particular (P), Singular (S)	
E: Importância de dar credibilidade ao serviço público, muitas vezes reconhecido como ineficiente pela população	
P: participantes reconheceram a importância da estrutura física, financeira e de RH. Para algumas ações a estrutura foi suficiente, em outras foi um fator limitante. A falta de reconhecimento das enfermeiras é uma fragilidade. O apoio institucional, seja do nível central ou distrital foi um fator potencializador.	

(conclusão)

Recurso organizativo: estrutura e sistemas
S: para que a ação inovadora fosse implantada profissionais arcaram com gastos, reconhecido como algo que não limitou a ação, mas foi apontado como uma fragilidade.

FONTE: A autora (2019).

5.3 RESULTADOS INTEGRADOS

A seguir são apresentados resultados juntos (*joint displays*) para demonstrar a convergência dos itens da EOI e dos processos organizativos da capacidade inovadora (QUADRO 7).

QUADRO 7 - CONVERGÊNCIA DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

(continua)

Resultados quantitativos	Resultados qualitativos
Item da EOI – Média no fator	Processo organizativo
8. Existem ações de pesquisa e desenvolvimento (P&D) para serviços. Média do fator 1: 5,51	Criação do conhecimento
	Ação inovadora: regulação da fila de encaminhamento para especialidades por meio do prontuário eletrônico
	"Quanto a gente conversou com pessoas da própria Secretaria que estavam vinculadas ao TI [tecnologia da informação], que era o nosso NIT [núcleo de informação e tecnologia] no caso, elas tinham vivência da rede, do prontuário, daí elas conseguiram levar para dentro do TI aquilo que era possível fazer." (gesce 1)
5. Os funcionários sabem que é importante conhecer as formas de trabalho de outras organizações para poder melhorar os procedimentos internos. Média do fator 2: 6,93	Absorção do conhecimento
	Ação inovadora: 1. Acolhimento na US; 2. Planilha de monitoramento de gestantes; 3. Controle de fitas de glicemia.
	1."Em 2016 eu comecei a realizar uma pós-graduação...meu projeto aplicativo foi sobre acolhimento...comecei a utilizar, enfim, vários autores... trouxe isso mais a fundo na Unidade. ...trazendo para a equipe a importância dele enquanto instrumento de trabalho para equipe de enfermagem.....elas compraram a ideia [enfermeiras]...começou a trabalhar em reuniões a importância da escuta, trouxe para eles a Política Nacional de Humanização, que não é uma invenção minha, que isso já é discutido há muito tempo e o ouvir...". (gesus 1)
10. São adotados referenciais comparativos externos como parâmetro de avaliação dos resultados dos serviços. Média do fator 1: 6,85	2. "A observação da realidade foi suscitando para a gente acumulação no sentido de identificar que precisávamos de algumas alterações...a Secretaria também ao analisar os dados, detectou a mesma situação...Secretaria do Estado já vinha
12.Implementam-se novos métodos de trabalho a partir de	

(conclusão)

Resultados quantitativos	Resultados qualitativos
Item da EOI – Média no fator	Processo organizativo
<p>experiências bem-sucedidas em outras organizações.</p> <p>Média do fator 1: 6,4</p> <p>13. As sugestões de melhorias de fornecedores são tratadas.</p> <p>Média do fator 1: 6,4</p>	<p>trabalhando com uma estratificação de risco...A gente foi atrás das informações...conhecimentos estruturados...além de parceiros...essa busca de conhecimento, ela surgiu na verdade dos diferentes parceiros...e leitura da realidade..."(gesds 19)</p> <p>3."...eu tive a colaboração de uma da equipe que fornece os insumos para a prefeitura em regime de comodato..." (gesus 12)</p>
<p>3. É hábito partilhar conhecimentos entre colegas de trabalho.</p> <p>Média do Fator 2: 7,52</p> <p>11. Há ações corporativas para qualificação dos funcionários com vistas a aprimorar processos e serviços perceptíveis aos usuários.</p> <p>Média do Fator 1: 6,28</p>	<p>Integração do conhecimento</p> <p>Ação inovadora: 1. Organização dos grupos de tabagismo; 2. Aplicativo Saúde Já Curitiba.</p> <p>1: "...a troca de experiências no próprio distrito, das equipes, entre quem já tinha o programa e quem ia implantar...o NASF atua em mais de uma Unidade então ele era o instrumento de ligação ali, ...levava experiência daqui para colocar na outra Unidade e sentia que a demanda de lá não vinha até aqui, então o NASF..." (gesds 18)</p> <p>2: "Foi feito o treinamento...fornecido pelo Distrito... a gente veio até a Unidade e repassou aos servidores...é um processo demorado as pessoas entenderem qual que era o intuito...é difícil a gente fazer com que as pessoas daqui entendam...repassam da melhor maneira para população...a gente fez reunião, explicou, mostrou...participaram também dos cursos que foram realizados." (gesus 13)</p>
<p>4. Existe a prática de conversar em grupo sobre como resolver os problemas do trabalho</p> <p>Média do fator 2: 7,27</p> <p>6. Experimentam-se novas formas de realizar as tarefas</p> <p>Média do fator 2: 6,74</p> <p>14. Os funcionários são estimulados a oferecer sugestões de melhorias à organização</p> <p>Média do fator 1: 6,23</p>	<p>Reconfiguração do conhecimento</p> <p>Ação inovadora: 1. Acolhimento; 2. Implantação do APSUS.</p> <p>1: Daí a gente adotou o nosso estilo...fez reunião de equipe...o próprio distrito tem feito um curso...porque o conhecimento influi muito...a gente teve um acesso ao conhecimento, mas foi pouco, poderia ter sido melhor para refletir num serviço melhor..." (prof 20)</p> <p>2: "...teve que adaptar isso à US e a gente corrigir para que a gente fosse avaliado e conseguisse o selo bronze...daí avaliavam na reunião de equipe...ou retrocediam ou implantavam e melhoravam..." (gesds 34)</p>

FONTE: A autora (2019).

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados quantitativos e qualitativos apresentados anteriormente, suas convergências e divergências, considerando o contexto da APS e a trajetória da SMS do município pesquisado. Os resultados são relacionados com outros estudos nacionais e internacionais a fim de responder a questão de pesquisa e, assim, confirmar ou refutar a tese proposta.

Na primeira seção serão discutidos os dados referentes à caracterização dos participantes da pesquisa que se dará de forma integrada devido à similaridade dos resultados das etapas quantitativa e qualitativa. Na sequência, os dados quantitativos referentes à orientação para inovação serão tratados, especificamente os itens relevantes dos dois fatores da escala de orientação para inovação, o coeficiente de orientação e a relação entre este e as variáveis organizacionais.

Em continuidade, os dados qualitativos serão discutidos à luz dos referenciais teórico e metodológico e a convergência entre estes dados, relacionados à capacidade inovadora e os itens da escala de orientação para inovação.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nas duas etapas, mais de 80% dos participantes eram do sexo feminino. Participantes da área de enfermagem tiveram a maior representação, 38% e 57% dos profissionais assistenciais nas etapas quantitativa e qualitativa, respectivamente. Em relação aos gestores, na etapa quantitativa 78% eram enfermeiras e 71% na etapa qualitativa. Um estudo desenvolvido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que traçou um perfil dos trabalhadores na enfermagem, aponta que cerca de 50% dos profissionais de saúde atuam na área da enfermagem, na qual em torno de 84,6% é composta por mulheres. Dentre as áreas de atuação da enfermagem há o predomínio no setor público (COFEN, 2015).

O número expressivo de gestores que tem a formação em enfermagem, acima de 70%, corrobora com uma revisão integrativa realizada por Peiter, Caminha e Oliveira (2017) referente ao perfil dos gerentes da APS no Brasil. Estes autores evidenciaram que a maioria das gerentes eram mulheres, acima de 30 anos, enfermeiras que tinham uma pós-graduação *lato sensu*, a especialização. Num outro estudo realizado com gestores de cinco regiões do Brasil que analisou a APS, também

predominou a formação em enfermagem de gestores nos diferentes níveis de atuação (BOUSQUAT et al., 2019). Pires et al. (2019) atribuem o predomínio das enfermeiras nos cargos gerenciais à formação profissional na área de gerenciamento.

No entanto, há de se analisar qual a relação entre o interesse pelo cargo gerencial e a vantagem remuneratória diante da baixa remuneração que historicamente impera na categoria das enfermeiras em relação a várias outras classes profissionais (LAITANO et al., 2019).

Nas três categorias de nível médio, ASB, TSB e técnico/auxiliar de enfermagem, um terço dos participantes tinha uma escolaridade acima da exigida pelo cargo. Esta situação é similar à apontada pela pesquisa do perfil da enfermagem no Brasil que evidenciou 34% dos auxiliares e técnicos de enfermagem com nível superior incompleto ou completo (COFEN, 2015).

Em relação à pós-graduação, 51,5% dos participantes da etapa quantitativa tinham a especialização como maior grau de escolaridade, embora em todas as categorias de curso superior tenham sido identificados mestres e/ou doutores desta etapa. Dentre os gestores que participaram da etapa qualitativa, 89% também tinham a especialização como maior grau de escolaridade. A necessidade de formação e competências para o trabalho na APS é evidenciada num estudo chileno que aponta para a importância da educação formal (DOIS et al., 2018). Estes autores afirmam que o aprimoramento profissional deve se dar continuamente, no entanto, não se assegura que será revertido benéficamente para os usuários. A relevância do conhecimento para a capacidade inovadora é evidenciada em vários estudos, dentre os quais destaca-se o referencial da capacidade inovadora de Bravo-Ibarra e Herrera (2009), adotado nesta pesquisa. Nunes et al. (2018) ressaltam a importância da formação profissional para atuar no gerenciamento local da APS.

Quanto ao tempo de atuação dos gestores no atual cargo, mais de 80% está no cargo há menos de 10 anos, somente 1,7% de gestores atua nesse cargo há mais de 20 anos. Os dados apontam para a importância do aprimoramento contínuo e da identificação das lacunas que podem ser evidenciadas nas competências necessárias aos cargos (DOIS et al., 2018).

Referente ao tempo de atuação dos profissionais assistenciais predominam mais de 20 anos, nas categorias ASB, TSB, médica e CD, nos resultados quantitativos. Em relação aos entrevistados, o número de profissionais que atuavam entre 11 e 20 anos se igualou aos que tinham mais de 20 anos de atuação na

profissão. Quanto ao tempo de atuação na SMS, 68,4% de TSB e 58,3% de CD tem mais de 20 anos, embora tenha predominado o tempo de 11 e 20 anos de atuação na SMS dos auxiliares/técnicos de enfermagem, ASB, enfermeiras e profissionais do NASF, dentre os participantes da medição da EOI. Esses dados se assemelham a um estudo que analisa a força de trabalho na APS brasileira. Entre 2008 e 2013 a taxa de crescimento de CD nas US foi de 8%, enquanto que a de enfermeiros e médicos foi de 42% e 17%, respectivamente (CARVALHO et al., 2018). Dentre os entrevistados também predominou o tempo entre 11 e 20 anos de atuação na SMS.

6.2 ETAPA QUANTITATIVA

A discussão dos dados quantitativos tem o contexto da organização pública como cenário, que difere do âmbito privado em relação ao capital humano, estrutura, cultura organizacional, dentre outras características. No setor privado, o interesse da organização está relacionado à competitividade e à economia (PÁDUA FILHO et al., 2015). Já no setor público, especificamente na APS, espera-se que dê resolutividade às necessidades dos usuários, de acordo com as políticas públicas vigentes. Em ambos, a orientação para inovação é relevante a fim de alcançar os interesses da organização.

Quanto aos dois fatores da EOI, após a rotação dos dados, foi definido que o Fator 1 será denominado Gestão de Competências e Monitoramento do Ambiente Externo e o Fator 2 será denominado Ambiente de Estímulo à Aprendizagem, ou seja, houve uma inversão da nomenclatura, de acordo com a escala original.

6.2.1 Orientação para inovação

A orientação para inovação foi analisada a partir da escala de orientação para inovação criada por Resende Junior (2012) especificamente para organizações públicas. Inicialmente eram 19 itens, distribuídos em dois fatores que, após as análises fatoriais, o fator - gestão de competências e monitoramento do ambiente externo foi numerado como fator 1, do qual foi eliminado um item, o 16. O fator – ambiente de estímulo à aprendizagem foi numerado como fator 2 e dois itens foram eliminados, o 1 e o 19.

Destaca-se a relevância das médias de cada item para análise a fim de visualizar as potencialidades e lacunas que interferem na orientação para a inovação na APS.

6.2.2 Itens relevantes do Fator 1 - Gestão de Competências e Monitoramento do Ambiente Externo

No fator relacionado à gestão de competências e monitoramento do ambiente externo, destaca-se que as médias mais altas estão voltadas a itens vinculados ao ambiente externo:

1. Há prática sistematizada de tratamento das reclamações dos usuários objetivando a melhoria do desempenho;
2. As sugestões de melhorias de usuários são tratadas;
3. São adotados referenciais comparativos externos como parâmetro de avaliação dos resultados dos serviços;
4. As sugestões de melhorias de fornecedores são tratadas;
5. Implementam-se novos métodos de trabalho a partir de experiências bem-sucedidas em outras organizações.

Diante da importância e a influência do ambiente externo para a inovação e da necessidade de aprofundar esta relação na saúde, optou-se por referenciar Chesbrough (2006), que analisou a inovação sob a perspectiva de ser aberta ou fechada. A inovação fechada consiste em buscar competências dentro da organização e aproveitá-las na sua essência, o que inclui fortalecer a área de pesquisa e desenvolvimento (P&D).

Chesbrough (2006) cunhou o termo inovação aberta, na qual considera as potencialidades do ambiente externo à organização para as inovações necessárias. Embora o termo não tenha sua origem na saúde e no serviço público, os avanços na ampliação do conhecimento e a diversidade de contribuições de outras empresas, universidades e clientes/fornecedores pode ser aplicado no contexto da saúde pública, especificamente na APS.

No entanto, a importância do ambiente externo não exclui a do interno para a inovação. O desafio é fazer o melhor uso, seja deste ou daquele ambiente. Chesbrough (2006) exemplifica a inovação aberta na qual os gerentes necessitam de mais informações sobre os seus clientes.

A inovação aberta inclui o movimento de partilhar conhecimento com o meio externo, o que numa perspectiva de mercado pode significar lucro. Embora não se possa fazer uma comparação integral entre o que Chesbrough (2006) afirma sobre esse movimento para fora, no serviço público existe uma dinâmica de troca de conhecimento entre municípios e entre o Estado e municípios. Como exemplo, cita-se o recente lançamento da proposta de carteira de serviços do MS, para a qual foi realizada a revisão das carteiras de serviços de vários municípios a fim de se elaborar uma proposta nacional (BRASIL, 2019).

Chesbrough (2006) aponta para a importância da parceria com as universidades a fim de trazer conhecimento e inovação para dentro da organização. O autor sugere que se mantenha a pesquisa internamente, que se faça uma aproximação entre os pesquisadores internos e usuários, e finalmente, a reutilização e a recombinação do conhecimento trarão benefícios à sociedade de diferentes formas. Crosby, Hart e Torfing (2016) afirmam que para enfrentar os problemas complexos, denominados *wicked problems*, faz-se necessária a colaboração em rede, de diferentes atores para viabilizar soluções.

O ambiente externo tem no cliente, identificado nessa pesquisa como usuário do sistema de saúde, especificamente da APS, um dos seus mais importantes focos de interesse para o qual a inovação busca melhorar a qualidade da assistência. Os dois itens com as maiores médias do fator são: **há prática sistematizada de tratamento das reclamações dos usuários objetivando a melhoria do desempenho**, item 15 e **as sugestões de melhorias de usuários são tratadas**, item 17.

Durante a coleta de dados percebeu-se maior facilidade dos participantes em avaliar os itens do ambiente externo relacionados aos usuários, como a participação do usuário e a sistematização desse fluxo institucionalizado do que os relativos à gestão de competências. As observações dos participantes remetiam ao serviço de Ouvidoria da SMS e ao contato direto na US por usuários para fazer elogios ou reclamações.

A Ouvidoria do SUS Curitiba é um dos canais de comunicação entre a SMS e o cidadão, pela qual este poderá se manifestar, por via eletrônica, pessoalmente ou por telefone durante 24 horas, seja para elogiar, reclamar, sugerir, solicitar, denunciar e criticar, bem como a SMS poderá informar sobre os serviços prestados. Este serviço promove maior participação social e a comunicação entre as partes, conforme

apresentação do *site* da SMS (CURITIBA, 2019e). A construção do SUS e de inúmeras políticas públicas na área da saúde teve a participação social e demanda seu engajamento na continuidade desse processo. A participação do cidadão se dá oficialmente nos conselhos locais, distritais e municipais e prevê sua contribuição direta ou indiretamente na melhoria da saúde da população (BRASIL, 2013a).

Quanto à importância da inovação no setor público, Bekkers e Tummers (2018) destacam-na no enfrentamento dos problemas sociais e apontam para as mudanças relacionadas aos seus protagonistas, embora inicialmente a concepção sobre a inovação fosse muito voltada à invenção. Considerava-se que a presença de recursos necessários, financeiros, de pessoas e conhecimento seria o suficiente. Atualmente, a inovação no setor público remete à uma perspectiva mais aberta, à importância da parceria, tendo como o meio externo um aliado, dentre o qual citam-se os cidadãos.

Uma revisão sistemática realizada por Voorberg, Bekkers e Tummers (2015), referente à co-produção e co-criação no setor público em relação à inovação social apontou para autores que definem a co-produção e co-criação como termos similares, que consistem na participação ativa do cidadão na inovação dos serviços públicos. Em relação aos fatores influenciadores da organização, os autores evidenciaram a necessidade de aceitação do cidadão como parceiro e que a organização pode relutar por correr o risco de perder o controle ou o *status*, a falta de confiança, ou não ter a clareza das vantagens dessas ações.

Em relação ao cidadão, Voorberg, Bekkers e Tummers (2015) citam a importância de ter disposição em participar, de ter habilidade, estudo, como sendo fatores influenciadores por ter mais consciência dos problemas e capacidade de articulação, além do capital social. A capacidade percebida pelo cidadão e a confiança nessa iniciativa são fatores impulsionadores de sua participação.

Os itens com as menores médias são atribuídos a contratações de pessoas para atender necessidades futuras da organização, seguido dos itens sobre a existência de ações de pesquisa e desenvolvimento (P&D) para serviços e a prática de reconhecimento dos funcionários que contribuem com propostas de melhoria para processos de trabalho. Esses itens estão relacionados à gestão de competências que tem o foco na gestão de pessoas, suas competências pessoais, profissionais e organizacionais como também as lacunas para corrigir a fim de alcançar o

desempenho desejado e alinhá-lo à estratégia organizacional (CARBONE et al., 2016).

Quanto ao item 9 – **há contratações de pessoas para atender necessidades futuras da organização**, um número significativo de participantes avaliou este item próximo a um, o que evidencia uma percepção quanto à falta de recursos humanos na APS.

A contratação de recursos humanos tem sido uma necessidade apontada não apenas nesta pesquisa. Outro estudo relacionado à APS, como o de Nunes et al. (2018), evidencia que dentre os fatores que dificultam o gerenciamento das US está a falta de recursos humanos.

Segundo o relatório de gestão do primeiro quadrimestre de 2019 da SMS do município pesquisado, sobre profissionais contratados por diferentes vínculos: quase 70% dos profissionais são estatutários, os demais são vinculados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), cargos em comissão, municipalizados e pelo Programa Mais Médicos (CURITIBA, 2019c). Observa-se que a SMS atende outras áreas, além da APS e não há a especificação neste documento de quantos profissionais estariam lotados na APS por outros vínculos além do estatutário.

No Plano Municipal de Saúde de 2018-2021, está a realização de concurso público para diversas categorias profissionais. Em 2010 houve a criação da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (FEAES) (CURITIBA, 2010), a qual prevê a contratação de pessoas pelo regime CLT para atuar em UPA, CAPS, hospital municipal, serviço ambulatorial especializado e apoio diagnóstico. Em 2019, essa organização ampliou a possibilidade de contratar profissionais para a APS e passou a ser denominada Fundação Estatal de Atenção em Saúde (FEAS) (CURITIBA, 2019f), o que pode indicar uma mudança na política de contratação de profissionais para o serviço público que pode fragilizar a assistência à saúde da população.

Atualmente a discussão avança para os benefícios e fragilidades da contratação das organizações sociais (OS) para a gestão da APS, realidade crescente nos municípios brasileiros em detrimento ao modelo da administração direta. Num estudo referente aos resultados de duas capitais que recorreram às OS e duas que mantiveram a administração direta da APS na região sudeste, não se evidenciou melhora dos resultados relacionados aos indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas de 2013-2015 do MS. Há de se considerar outros parâmetros que podem influenciar nos resultados além dos analisados, como o congelamento dos investimentos, a atual

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e mudanças no modelo de financiamento, dentre outros (RAMOS; DE SETA, 2019).

Embora as OS evidenciem certas fragilidades como o aumento da rotatividade de profissionais, situação que compromete o vínculo dele com a organização e o usuário, elas viabilizaram a redução de tempo para compra de materiais e contratação de pessoal, conforme apontado por Soranz, Pinto e Penna (2016). Um estudo realizado em Pernambuco com gestores municipais e estaduais aponta para opiniões divergentes sobre a atuação das OS na saúde (PACHECO et al., 2016).

Quanto ao item 8 - **a existência de ações de pesquisa e desenvolvimento (P&D)**, que teve a segunda menor média, ressalta-se que o termo P&D não é frequentemente utilizado pelos gestores e profissionais da APS. Embora seja um dado empírico, durante a coleta foi evidenciado desconhecimento quanto ao termo, pois frequentemente o participante indagava ou informava que não compreendia o significado do item. No entanto, mesmo após uma breve explicação, a maioria não demonstrava convicção quanto à sua existência na SMS. Na última versão do Manual de Oslo é alertado sobre a falta de compreensão que pode ocorrer na coleta de dados (OECD, 2018a).

A P&D é um recurso que as organizações usam para fomentar a inovação, o conhecimento e as tecnologias de informação, e seus atores podem ser funcionários, clientes, dentre outros. Léo e Tello-Gamarra (2017) afirmam que a P&D faz parte de muitas organizações de saúde, como a indústria farmacêutica, importante segmento do setor, inclusive para a APS.

Urti, Soares e Vargas (2019), ao analisarem as políticas públicas referentes à ciência, tecnologia e inovação, num cenário mundial, expõem a problemática em relação à agenda de pesquisa e necessidades de saúde que nem sempre são priorizadas. Numa perspectiva do estado da arte da inovação de serviços, Léo e Tello-Gamarra (2017), a partir dos autores pesquisados, afirmam que as tecnologias de informação têm um papel importante na inovação em serviços que consiste no desenvolvimento de novas ideias para melhorá-los e que a P&D é um dos recursos para essa inovação.

Na SMS do município pesquisado não existe um setor específico de P&D, assim denominado, como se observa em outras áreas, embora não se possa afirmar a inexistência de pesquisa na organização. A análise de dados epidemiológicos pressupõe uma coleta de dados (CURITIBA, 2019g), que muitas vezes pode ser

caracterizada como pesquisa que pode levar a ações inovadoras no município. Portanto, ao se discutir a pesquisa na organização, há de se aprofundar a análise de quanto e quais os setores que desenvolvem pesquisas na SMS e o quanto são utilizadas para nortear ações inovadoras que repercutem na saúde da população, que para tal, pressupõe-se que o profissional deva ter acesso.

Embora a P&D tenha a sua importância na organização, seja por meio de um setor específico ou não, ressalta-se que o meio interno não é o único a potencializar o processo de inovação, discutido anteriormente.

Para o item 18 – **há prática de reconhecimento de funcionários que contribuem com propostas de melhoria para processos de trabalho**, identificado com a terceira média mais baixa, pressupõe uma gestão participativa associada à valorização profissional e inovacional.

Carbone et al. (2016, p.37) apresentam importantes fundamentos numa perspectiva prática da gestão por competências na qual abordam a gestão de pessoas, visto que a competência humana “é um recurso elevado à condição de mais importante...”. Justificam a importância desse modelo de gestão frente aos desafios de um mercado globalizado, agilidade necessária, inovação e diferenciação e a aprendizagem contínua para lidar com as situações imprevistas. Os autores afirmam que o diferencial de uma organização para a outra são as pessoas e suas competências.

A prática de gestão de pessoas, segundo Carbone et al. (2016), pode estar relacionada a construir um bom ambiente de trabalho que inclui a gestão participativa, o gerenciamento do clima organizacional e a oferta de benefícios indiretos. A segunda perspectiva da prática de gestão de pessoas se vincula à gestão por competências e inclui o recrutamento, seleção e movimentação interna, o desenvolvimento interno relacionado a competências, a avaliação de competências e metas de desempenho. Quanto à remuneração e recompensa, estas também estão fundamentadas nas competências. Portanto, todos os itens relacionados ao fator de gestão de competências estão alinhados com os fundamentos de Carbone et al. (2016). O Manual de Oslo (2018a) reforça a importância de fornecer incentivos para os funcionários que contribuem com ideias para a inovação.

Bergue (2019), na sua publicação sobre gestão de pessoas no setor público com o foco na liderança e competências, lembra que nesse setor o objetivo é produzir um valor público, ou seja, voltado à sociedade. Portanto, ao se relacionar a

contribuição do funcionário com propostas de melhoria para o processo de trabalho, a finalidade, direta ou indireta da organização, é produzir um valor público que ao ser percebido pela população, poderá ser caracterizado como tal.

Quanto à caracterização do servidor público, Bergue (2019) afirma que a influência do pensamento clássico inspirado no taylorismo-fordismo reflete na aversão ao erro que limita a prática inovadora, a limitação na visão do resultado do trabalho que implica na motivação, a restrição na apropriação de conceitos mais amplos de competências, dentre outros. Posteriormente, no pensamento burocrático, o poder exacerbado reflete fragilidades na liderança evidenciadas na resistência ao compartilhamento e participação dos funcionários.

Portanto, a partir dessa contextualização histórica há de se analisar de forma ampliada a liderança no serviço público. Bergue (2019) defende a importância da liderança transformacional no contexto da gestão por competências que mobiliza seus funcionários para que o esforço empreendido contribua para alcançar os objetivos propostos. No entanto, alerta que no serviço público essa liderança será caracterizada por aspectos diferentes do setor privado quanto à designação da liderança, interesses, a não diferenciação do líder do gestor. O autor observa que se deva considerar a dimensão política que inclui aspectos de poder e autoridade.

Para que o funcionário seja reconhecido é preciso que contribua com propostas de melhoria e, para tal, a função da liderança institucionalizada implica em ações que primem pela abertura à participação, ao pensamento criativo e à inovação.

Em relação à motivação para o trabalho no serviço público, a teoria das expectativas de Victor Vroom se apoia em três níveis de expectativa:

1. O servidor terá maior motivação se reconhecer que é capaz de desenvolver a ação;
2. A expectativa de ser reconhecido pelos resultados motiva para maior engajamento;
3. Esse reconhecimento estará alinhado com seus objetivos pessoais (ROBBINS, 2011).

A motivação é influenciada pelo clima organizacional e para um bom clima organizacional Peruzzo et al. (2019), num estudo desenvolvido na APS no qual foi aplicada uma escala de clima na equipe, evidenciaram a participação em equipe como item melhor avaliado, que inclui o compartilhamento e a escuta pelo grupo.

Na presente tese, esse item não revelou as especificações desse reconhecimento, portanto, o participante pode ter analisado o item num microambiente de trabalho como também numa perspectiva maior, a partir de ações do nível central

da SMS, pois inúmeras formas de reconhecer o funcionário podem ser adotadas, não só a compensação financeira.

Bergue (2019) cita as diversas formas de reconhecimento dos funcionários não atrelados ao aspecto financeiro como:

1. Elogiar;
2. Contribuir e dar um retorno das ações realizadas;
3. Buscar opiniões referentes a temas que o funcionário tenha domínio;
4. Demonstrar confiança;
5. Delegar responsabilidade, solicitar contribuições relacionadas à gestão, dentre outras. Ressalta-se que a média deste item é significativamente maior para gestores, portanto, pode ser que o reconhecimento não seja identificado pelos profissionais como tal.

6.2.3 Itens relevantes do Fator 2 - Ambiente de Estímulo à Aprendizagem

O fator referente ao ambiente de estímulo à aprendizagem é caracterizado pela capacidade da organização em fornecer os subsídios para que os funcionários se engajem nos processos de aprendizagem e inovem com autonomia. Inclui práticas que envolvem a gestão do conhecimento e *benchlearning*. Percebeu-se que os participantes, principalmente os profissionais de saúde, apresentavam maior facilidade em responder os itens deste fator do que do outro, já que estavam relacionados diretamente à sua prática no microambiente de trabalho. Os itens que obtiveram maiores médias foram o 3 - é hábito partilhar conhecimentos entre colegas de trabalho e o item 4 - existe a prática de conversar em grupo sobre como resolver os problemas do trabalho.

Dos seis itens desse fator, os únicos que apresentaram diferença significativa entre gestores e profissionais foram os itens 4 – existe a prática de conversar em grupo sobre como resolver os problemas do trabalho e o item 2 – as pessoas são abertas para receber críticas, nos quais a média dos gestores foi maior.

O item 3 - **é hábito de partilhar conhecimentos entre colegas de trabalho** presume atividades de educação permanente em saúde (EPS), capacitações e demais ações que proporcionam a troca de conhecimento e assim, a ampliação deste entre os funcionários. Com a segunda maior média, o item 4 - **existe a prática de conversar em grupo sobre como resolver os problemas do trabalho** requer um

espaço de discussão dos ajustes necessários no processo de trabalho e outros aspectos para os quais os gestores têm uma convicção maior dessa prática instituída.

Os itens com as duas maiores médias serão analisados na perspectiva da importância de promover espaços de troca de saberes e experiências/vivências, inerentes à gestão do conhecimento, além de analisar ocorrências, fluxos e programas, conflitos, dentre inúmeras situações que podem se tornar 'problemas do trabalho' a fim de reverter na melhoria da qualidade da assistência prestada.

Bergue (2019) confirma a importância do conhecimento para a geração do valor público e que esse compartilhamento pode ser considerado um atributo que caracteriza o trabalho de equipe e não de grupo. No âmbito das competências, o compartilhamento é considerado de grande valor e tem um impacto significativo no trabalho.

No contexto da APS do município, várias são as formas que o profissional tem de buscar conhecimento, seja formalmente ou não. As atividades de educação continuada e permanente têm sido realizadas, no entanto, este conhecimento assimilado requer compartilhamento. Ter um espaço instituído na agenda semanal para reunir as equipes é um fator facilitador do compartilhamento de conhecimento que pode ser utilizado para realizar ações de EPS, conforme estudo relacionado à implantação da ESF em US deste município (LOWEN, et al. 2015).

O conhecimento associado à inovação tem se mostrado como um fator relevante para alcançar resultados nas organizações, quer sejam econômicos ou não. Bravo-Ibarra e Herrera (2009), ao propor um modelo conceitual da capacidade de inovação de uma organização, apontam que o primeiro processo organizativo é a criação do conhecimento organizacional, que ocorre por meio de sua assimilação e disseminação. Esse conhecimento, que é individual, precisa ser compartilhado para transformá-lo num conhecimento da organização por meio da interação entre os indivíduos, já que a organização por si só não cria conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997). Estes autores alertam que nas organizações ocidentais as pessoas são reconhecidas como processadores e não como criadores do conhecimento. Portanto, o desafio é obter conhecimento individual para compartilhá-lo e assim gerar conhecimento organizacional passível de levar a inovações.

No contexto do serviço público, Bergue (2019) atribui atenção especial à liderança que ocorre na atividade fim, ou seja, no contexto dessa pesquisa é na US que predominantemente é gerado o valor público. Ressalta a importância do líder em

perceber e promover a inovação, para a qual a identificação de pessoas com competência para integrar esse processo de forma mais ativa e criar espaços de discussão, faz-se necessário. O autor ressalta a relevância do afastamento da prática profissional diária para um espaço de reflexão e troca de ideias para buscar ações inovadoras.

Tasca et al. (2019), numa análise de projeto de ampliação da ESF, reconhecem a importância da EPS e investimento no processo de trabalho das equipes para sua qualificação. Num estudo na África do Sul, no qual se avaliaram as percepções dos gestores da APS referentes à implantação de inovações, além de relatarem as restrições que ocorreram num contexto de vários fatores limitantes como a dificuldade de fazer uma gestão participativa pela hierarquia instituída e a urgência da implantação das inovações devido a diretrizes políticas, os gestores ressaltaram o valor da motivação das equipes e a importância de oferecer apoio, reconhecimento e recompensas (BROOKE-SUMNER et al., 2019).

Portanto, o compartilhamento de conhecimento, a gestão participativa e a motivação no contexto da APS requerem gestores e/ou profissionais assistenciais que desempenhem competentemente o papel de líder (BERGUE, 2019). Além de que é fundamental que se tenha um alinhamento das propostas entre a gestão da organização num contexto mais amplo do que no microambiente de trabalho, a US, considerando a gestão de competências como condição *sine qua non* na organização.

O item 2, que teve a menor média do fator relacionado ao ambiente de estímulo à aprendizagem, está relacionado **à abertura das pessoas em receber críticas**. Na coleta de dados percebeu-se a facilidade e rapidez para responder o item e expressavam que receber crítica não era um fato bem aceito pelos profissionais.

Não se teve a pretensão de especificar de quem e em que situação se recebia críticas. No entanto, a tendência é de relacionar a crítica dada pelo gestor ao seu subordinado, e até o inverso, embora se tratando de uma prestação de serviços, a crítica pode ser advinda de um usuário. A abertura para receber críticas na relação gestor e subordinado pode ser facilitada por uma liderança mais aberta à participação e menos hierarquia do que por uma liderança tradicional. O estilo desse ou daquele tipo de liderança sofre influência tanto do líder como do liderado (BERGUE, 2019).

Observa-se que essa relação se dá no âmbito da APS do município pesquisado, no serviço público, sob regime estatutário, que inclui a estabilidade do servidor. Bergue (2019) afirma que quanto à natureza das relações no trabalho, a

posição que o funcionário assume é de maior empoderamento do que no serviço privado, portanto, ele assume uma postura menos subordinada e menos sujeito à coerção.

Quinn et al. (2015), ao abordarem as relações humanas na organização para a criação e sustentação do compromisso e coesão, afirmam que uma das competências do líder gerencial eficaz é a de entender a si mesmo e os outros. Neste aspecto, é necessário considerar a singularidade do funcionário em relação a suas reações frente às situações no trabalho, a fim de melhor lidar com ele e potencializar os seus pontos fortes e também compreender suas limitações. Porém, é pré-requisito que o líder esteja consciente de suas próprias reações e comportamentos e aberto para receber opiniões dos outros que podem ser críticas, além de procurar entender o outro e ter empatia.

Quinn et al. (2015) descrevem a importância da interação contínua entre o líder e sua equipe a fim de promover o diálogo e a confiabilidade. Se isso é cultivado, o processo de avaliação e as necessárias correções e advertências, traduzidas como críticas, podem ser melhor aceitas. Algumas orientações dadas por esses autores é de que se dê a oportunidade do funcionário se autoavaliar, compartilhar seus pontos de vista e o líder também apontar os pontos fortes e suas contribuições para a organização.

Bergue (2019, p.127) ressalta a importância dessa 'conversa' que, se bem conduzida, pode ser benéfica para a gestão de desempenho, para o funcionário, equipe, e por fim, para a organização. No entanto, ela pode ser considerada mais difícil de conduzir do que apenas uma avaliação sustentada por parâmetros quantitativos. O autor lembra que a gestão de desempenho tem como objetivo maior o desenvolvimento de pessoas. Por outro lado, ressalta que o *feedback* pode ser uma prática que tende a ser representada como uma ofensa e como pode gerar um conflito e que o gestor busca se eximir dessa prática.

Ainda na perspectiva do gestor, Bergue (2019) afirma que o gestor tem sido pouco sustentado com capacitações a fim de que conduza a gestão de desempenho de forma segura que requer competências relacionadas à comunicação, negociação e pensamento estratégico.

Portanto, não estar aberto a receber críticas, possivelmente será uma característica da maioria, se não de todos os funcionários. Porém, a construção dialógica de honestidade e confiança, uma parceria entre o líder e seu subordinado,

poderá abrir essa possibilidade de receber um *feedback* negativo como uma oportunidade de mudanças de atitudes. Alerta-se para o fato de que a avaliação de desempenho pode contribuir significativamente na motivação para o trabalho do funcionário (QUINN et al., 2015).

O item 6 - **experimentam-se novas formas de realizar as tarefas** foi o segundo item com o menor *score*. Ressalta-se que não teve diferença estatística entre gestores e profissionais assistenciais. Aparentemente há uma lacuna entre o item 3 - é hábito partilhar conhecimentos entre colegas de trabalho, o item 4 - existe a prática de conversar em grupo sobre como resolver os problemas que tiveram as maiores médias e o item 6 que implica em implementar alguma inovação no processo de trabalho.

A implementação de uma nova forma de realizar tarefas pode ser analisada a partir de diversas perspectivas que incluem as políticas públicas, legislações, financiamento, contexto social e político, dentre outras. Essas mudanças requisitadas estão relacionadas ao processo de trabalho como implantação ou adequação do acolhimento dos usuários e outras ações que ampliam o acesso e demais atributos da APS, amplamente referenciados nos estudos de avaliação da assistência (PARÉ-PLANTE; 2018; LIMA et al., 2018). Propostas específicas como as relacionadas à redução do tabagismo, controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, entre outras, também se inserem no escopo dos atributos essenciais referenciados por Starfield (2004).

Em relação aos fatores limitadores para implantar o novo está o receio de errar. Bergue (2019) afirma que esse fator ainda é refletido no comportamento do servidor público que para ser inovador precisa dos pressupostos da criatividade e da experimentação. Numa análise integrada, esses três itens refletem a tentativa de vencer as barreiras que o legado de Taylor, Ford, Max Weber, dentre outros e citados por Bergue (2019) trouxeram para a administração pública.

Ainda nesta perspectiva de mudanças, a análise e avaliação do processo de trabalho e outras questões relacionadas à assistência à saúde podem implicar em mudanças e inovações, seja no macro ou microambiente de trabalho. Sua importância no âmbito organizacional se manifesta por vários instrumentos já construídos como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com adesão local, e mesmo assim, a construção ou adesão de outros indicadores é

necessária para avaliar os diversos segmentos na área da saúde, como a análise de desempenho dos serviços (CUBAS et al., 2017).

Bertusso e Rizzotto (2018) afirmam que é necessário que se conheça o instrumento e haja interlocução entre gestores e trabalhadores. Todavia, observa-se uma necessidade de maior envolvimento da equipe e utilização dessas ferramentas no planejamento local.

Ao analisar esse baixo valor para o item 6 – experimentam-se novas formas de realizar as tarefas e por outro lado, o item 3 - hábito de partilhar conhecimentos entre colegas de trabalho e o item 4 - a existência da prática de conversar em grupo sobre como resolver os problemas do trabalho com as melhores médias, com diferença estatística somente neste último item, entre a média de gestores e profissionais de saúde, há de se analisar o motivo que dificulta a inovação no processo de trabalho.

Especificamente para promover mudanças e adaptações no processo de inovação, Quinn et al. (2015) propõem competências dentre as quais a de estimular e promover a inovação e implementar e sustentar a mudança.

Para ações inovadoras, o planejamento e demais ferramentas administrativas são fundamentais. Recomenda-se aprofundar a pesquisa para investigar se há fragilidades nessa área e se o gestor está instrumentalizado para planejar o trajeto a ser percorrido para alcançar as metas e resultados definidos e/ou esperados, como também necessidades específicas dos usuários de determinado território. Ressalta-se a importância do alinhamento do planejamento na SMS ao Plano Municipal de Saúde e demais legislações, de municipais até federais, bem como às necessidades específicas da população do território de abrangência de cada US.

6.2.4 Coeficiente de orientação para a inovação

O cálculo do COI tem a pretensão de medir o quanto a organização está orientada para promover e disseminar a inovação, conforme Resende Junior (2012), autor da escala aplicada. Diante da falta de estudos para comparar o COI da SMS com outras SMS ou organizações de saúde que atuam na APS, a discussão referente ao COI será realizada numa perspectiva interna, ou seja, serão analisados a partir das variáveis gestores e profissionais de saúde.

A média dos itens do fator – ambiente de estímulo à aprendizagem foi 6,8, significativamente maior do que a do fator – gestão de competências e monitoramento do ambiente externo, 6,0. Além disso, as menores médias dos itens deste fator estão relacionadas à gestão de competências e não ao monitoramento do ambiente externo.

Embora a gestão de competências advenha de um contexto empresarial voltado para o sucesso econômico, pode ser aplicada em outros âmbitos. Carbone et al. (2019) afirmam que este modelo consiste em verificar quais as competências organizacionais e profissionais requeridas e buscar estratégias para o seu desenvolvimento. Sugerem realizar o mapeamento de competências que busca identificar o *gap* de competências que consiste em identificar as competências necessárias e as existentes para alcançar os objetivos da organização.

Portanto, ao medir os itens relacionados à gestão de competências evidenciaram-se dados relevantes, analisados anteriormente e que interferem negativamente na orientação para inovação e, que, se aprimorados, contribuirão para que a organização tenha maior abertura à inovação.

Ressalta-se que o fator relacionado ao ambiente de estímulo à aprendizagem não depende na sua totalidade do macroambiente de gestão, visto que os itens avaliados ocorrem no microambiente do trabalho, ou seja, predominantemente no contexto da US. No entanto, considera-se que o modelo de gestão e processos gerenciais são influenciados pela gestão da organização.

Já o fator relacionado à gestão de competências e monitoramento do ambiente externo é fortemente arraigado no direcionamento dado pela gestão municipal, especificamente, a SMS no seu nível central que numa maneira hierarquizada repassa para a gestão distrital que, por sua vez, é responsável por compartilhar e buscar resultados no âmbito da US, sob liderança da ASL.

6.2.4.1 Relação entre a orientação para inovação e variáveis organizacionais

Observou-se o COI maior no grupo dos gestores do que profissionais de saúde, com diferença significativa, que aponta para algumas hipóteses: os gestores têm uma visão e atuação focada no gerenciamento do serviço, portanto, maior acesso às informações e competências específicas no que tange aos aspectos gerenciais na APS, além de uma atitude mais positiva frente à atuação gerencial no processo inovador (BERGUE, 2019).

Oliveira et al. (2016) referem fragilidades no uso de ferramentas gerenciais e competências dos enfermeiros assistenciais da APS que tem uma atuação muito empírica e pouco crítica e reflexiva. Dois et al. (2018) propõem uma matriz de competências para gestores e profissionais assistenciais na qual algumas são propostas para todos os profissionais e algumas específicas, dentre as quais estão a liderança, a gestão em saúde, a programação em rede, o que pode potencializar o desenvolvimento das competências necessárias, inclusive para os profissionais assistenciais.

Em 2018, a SMS promoveu um curso de especialização em Gestão do SUS: Atenção Primária à Saúde para os gestores da APS, focado nas ASL, que ocorreu paralelamente à coleta de dados, e que visava contribuir com conhecimento para os gestores. No entanto, há de se avaliar o impacto dessa capacitação na gestão, especificamente na inovação, objeto desta pesquisa.

A experiência profissional no cargo de gestor (DE VRIES; TUMMERS; BEKKERS, 2017) e a capacitação formal podem ter contribuído numa ampliação da visão gerencial que promoveu uma avaliação do COI legitimada pelo cargo. No entanto, maior acesso à capacitação não assegura uma visão ampliada do gerenciamento do serviço, mas ter uma percepção clara dos processos gerenciais e do modelo de gestão da SMS permite maior legitimidade ao participar na mensuração do COI.

Quanto à análise do COI por categoria profissional, os profissionais do NASF e médicos apresentaram o menor valor. Há de se considerar aspectos em relação à dinâmica de trabalho dos profissionais do NASF que transitam por várias US; também pode haver um comprometimento dos resultados decorrentes de possível menor vínculo e integração como uma determinada equipe de trabalho (SOUZA; MEDINA, 2018) no que diz respeito aos aspectos avaliados na EOI.

Em relação aos médicos, a maioria tinha menos de 10 anos de atuação na SMS, o que pode ter interferido no COI, além da característica do seu trabalho, predominantemente em consultório e sem envolvimento e formação no gerenciamento. A relação do COI ao tempo de formação dos profissionais e ao tempo de atuação na SMS merece uma análise mais aprofundada para elucidar esses dados.

Essa discussão de dados quantitativos objetivou analisar aspectos relacionados ao COI da APS do município de Curitiba, que se apresenta orientada para a inovação, com potencialidades evidenciadas pelos itens de maiores médias e

limitações percebidas pelos profissionais de saúde e gestores que podem ser analisadas de forma ampla e participativa, a fim de potencializar a inovação no seu contexto organizacional, com benefícios diretos ou indiretos à população.

Portanto, mediante esta análise, gestores da APS do município pesquisado são desafiados a promover uma organização cada vez mais orientada para a inovação para melhorar a gestão na APS e o gerenciamento das ações que visam beneficiar os usuários do sistema de saúde – o cidadão, gestores e profissionais assistenciais ao “melhorar a saúde, resultados, eficiência administrativa, custo-eficácia ou experiência dos usuários e que são implementados por ações planejadas e coordenadas” conforme definido por Greenhalgh et al. (2004, p. 582).

6.3 ETAPA QUALITATIVA

Este subcapítulo discute os resultados qualitativos advindos das entrevistas com os gestores e profissionais de saúde. Para tal, as ações inovadoras foram categorizadas a partir do modelo conceitual da capacidade inovadora. Para a análise foi utilizado o referencial metodológico da hermenêutica dialética nas dimensões estrutural, particular e singular. Após a análise dos dados qualitativos, realizou-se a mixagem dos dados referentes a itens da escala de orientação para inovação que convergiram com os processos da capacidade inovadora. Portanto, serão apresentadas as inferências, resultantes das interpretações qualitativas e as metainferências decorrentes das integrações dos dados quantitativos e qualitativos (CRESWELL; CLARK, 2013).

6.3.1 Capacidade de inovação

Na esfera do conhecimento, constatou-se o valor do desenvolvimento de comportamentos na organização que busquem a criação, diversificação, partilha e integração de conhecimento (LÉO; TELLO-GAMARRA, 2017).

O referencial teórico dessa pesquisa está fundamentado em Bravo-Ibarra e Herrera (2009), que após ampla investigação das teorias que embasam a capacidade inovadora e as capacidades dinâmicas, criaram um modelo conceitual no qual a criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento são os quatro processos da capacidade de inovação para os quais se utilizam quatro recursos

organizativos: o capital humano, a liderança, a cultura organizacional e a estrutura e sistemas.

Dada a relevância do conhecimento na perspectiva da inovação na organização, os dados qualitativos, a partir das ações inovadoras relatadas e que foram agrupadas em 13 unidades conforme QUADRO 4, e a convergência com os dados quantitativos, serão analisados de forma sistematizada de acordo com os processos geradores da capacidade inovadora, a criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento, sustentados pelos recursos organizativos, capital humano, liderança, cultura organizacional e estrutura e sistemas.

6.3.1.1 Processos da capacidade de inovação

Os processos da capacidade inovadora são definidos pela criação do conhecimento, absorção, integração e reconfiguração, segundo o modelo conceitual da capacidade inovadora de Bravo-Ibarra e Herrera (2009).

A fim de organizar a discussão dos resultados, a análise dos processos organizativos se deu a partir das ações inovadoras relatadas. No entanto, na discussão algumas ações serão analisadas com maior profundidade do que outras. Os processos organizativos ocorrem de forma dinâmica e não necessariamente na ordem apresentada.

6.3.1.1.1 Criação do conhecimento

O primeiro processo organizativo, a criação do conhecimento, será discutido predominantemente a partir de duas ações inovadoras citadas nas entrevistas: o aplicativo Saúde Já Curitiba e a criação da funcionalidade para telerregulação no prontuário eletrônico da SMS pesquisada.

Para a criação do conhecimento organizacional e sua valorização, todos os funcionários são importantes, por isso o compromisso pessoal e seu envolvimento com a missão da organização são fundamentais. Essa construção não se faz somente com conhecimento externo, mas, muitas vezes, a troca deste conhecimento entre os membros da equipe é que promove a sua criação, o que independe de um departamento específico (NONAKA; TAKEUCHI, 1997). Essa afirmação explicita

ações de P&D, embora assim nominado tenha sido pouco identificado pelos participantes na etapa quantitativa, conforme discutido anteriormente.

O aplicativo Saúde Já Curitiba foi criado no nível central da gestão da SMS do município pesquisado. Idealizado e divulgado na campanha eleitoral de 2015 e integrado ao plano de governo, foi implantado em 2017 na atual gestão municipal. A finalidade era o agendamento do atendimento de enfermagem para avaliação da necessidade em saúde do usuário. Seu escopo de uso foi gradativamente ampliado e atualmente está na quarta versão. Inclui o agendamento do primeiro atendimento de enfermagem ou odontológico, visualização e impressão da carteira de vacinas, informações sobre o pré-natal da usuária e orientações, informações relacionadas às urgências, aviso quanto ao agendamento de consultas na US, no serviço especializado e exames, avaliação de atendimento, informações e orientações da SMS (CURITIBA, 2019h).

Uma participante desta pesquisa estava envolvida diretamente na busca pelo aprimoramento do produto a partir do incremento de opções de uso e na solução de problemas do aplicativo apontados por gestores e profissionais assistenciais, além de fomentar sua divulgação intra e extra setorialmente, no entanto, não participou de sua criação. Cinco eram gestores das US e três dos DS, portanto, os resultados estão mais relacionados à integração e reconfiguração do conhecimento e menos à sua criação.

Outra ação inovadora citada foi a criação de uma funcionalidade do sistema informatizado, o e-saúde, a fim de que o contato entre o telerregulador e o profissional na US que faz o encaminhamento para consulta especializada seja realizado pelo prontuário eletrônico. Este foi considerado um avanço para a qualificação das filas que para muitas especialidades era quase invencível, o que atende o princípio da integralidade do SUS (BRASIL, 1990).

A inovação em saúde tem sido estudada e difundida visto que a necessidade de buscar estratégias para os sistemas de saúde é emergente para ter maior sustentabilidade, ampliação do acesso de forma equitativa e a cobertura universal de serviços (ALVAREZ-PULIDO; SERRANO-CARDENAS; BRAVO-IBARRA, 2017).

De acordo com o Manual de Oslo que está na sua quarta versão (OECD, 2018a), a inovação de produto é considerada quando se implementa algo novo ou significativamente melhorado, diferente do anterior, e que é disponibilizado para os usuários. A criação do aplicativo e a regulação de encaminhamentos para

especialidades médicas são consideradas inovações radicais, visto que não se tinha essas tecnologias disponíveis para agendamento e demais funcionalidades para a regulação das filas por meio do prontuário eletrônico dos usuários.

Goldman et al. (2018) afirmam que as inovações radicais buscam ações para alcançar a eficácia na organização enquanto as incrementais buscam melhorar aquilo que já se faz. Pode-se afirmar que as necessidades dos usuários se tornam problemas gerenciais que requerem soluções, muitas vezes inovadoras.

Goldman et al. (2018) ainda enfatizam a importância de buscar a compreensão do que contribui para que a inovação ocorra. Trabalhar numa inovação radical dessa natureza foi expresso como um desafio, já que demandava conhecimentos de outras áreas, além do da saúde, e de mobilizar as equipes e população para adesão e fazer valer os benefícios sociais. A importância do apoio da instituição foi evidenciada em várias falas e a implantação de uma tecnologia avançada no SUS foi referida como algo que agregava valor a esse sistema e especificamente à APS, o que evidencia um aspecto da **dimensão estrutural** analisada.

Ao descrever estratégias para viabilizar o acesso aos serviços da APS no Reino Unido, Norman (2019) refere a tendência de aumentar o contato *on-line* entre os usuários e os profissionais de saúde na APS, não só para o agendamento de consultas, mas para maior interação entre os profissionais e usuários, disponibilização de informações, dentre outros.

Tellis, Prabhu e Chandy (2009) analisaram a relação da inovação radical com a cultura da organização, citados por Goldman et al. (2018). Já apontavam para a importância da mão de obra qualificada para criação do conhecimento na organização, o que Bravo-Ibarra e Herrera (2009) confirmam ao definir o capital humano como um dos recursos organizativos para a capacidade inovadora da organização que inclui a criação do conhecimento.

As políticas públicas foram citadas como um dos propulsores que nortearam ações inovadoras criadas na SMS, o que pode ser traduzido como um alinhamento a elas. Referente à telerregulação, uma participante citou que o MS contribuiu nesse processo por meio de várias portarias que tratavam do incentivo financeiro e a definição da porcentagem dos encaminhamentos para consultas e exames a serem telerregulados, portarias aprovadas e depois revogadas, além da PNAB que recomenda práticas de regulação (BRASIL, 2017).

Tellis, Prabhu e Chandy (2009) confirmam a influência das políticas públicas nas organizações, embora tenha sido citado num contexto internacional e numa visão econômica. No campo das políticas públicas da saúde, especificamente do SUS e da APS, isso é de fácil compreensão, já que muitas políticas foram elaboradas para a instituição e aprimoramento contínuo do SUS.

Giovanella et al. (2019), ao discorrerem sobre a APS desde a Conferência de Alma-Ata até a de Astana em 2018, referendaram a experiência brasileira do SUS na plenária inaugural, como um sistema universal de saúde no qual houve melhoria no acesso e na saúde das pessoas. Morosini, Fonseca e Lima (2018), ao analisarem os significados e mudanças que a nova PNAB introduz, afirmam que a Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990) foi uma das políticas públicas que mais fortaleceu a APS e contribuiu para a implantação dos princípios e diretrizes do SUS, sustentada pela PNAB de 2006, revisada em 2011 e 2017 (BRASIL, 2017). Dentre os princípios da APS estão o acesso universal e a integralidade relacionados às inovações criadas na SMS e relatadas pelos participantes.

Morosini, Fonseca e Lima (2018) também apontam para a relativização da cobertura pela ESF no território e as limitações na atuação dos agentes comunitários, que pode comprometer o acesso universal aos serviços de saúde, visto que a APS é considerada a principal porta de entrada para o sistema. Essa estrutura necessária para o acesso universal, compreendido como a ausência de barreiras organizacionais, dentre outras, para o atendimento das necessidades da população (MARZIALE, 2016), inclui a organização do processo de trabalho a fim de avaliar a necessidade do usuário e dar resolutividade, denominado acolhimento, inerente ao promover o acesso na APS.

A organização da APS teve forte influência de um modelo médico centrado no qual a assistência era, e muitas vezes ainda é, focada nas consultas médicas. Fertoni et al. (2015) apresentam um quadro comparativo entre o modelo biomédico e o de saúde da família. O desafio de implantar e consolidar este modelo ainda não está superado e ambos conflitam entre si no dia a dia de trabalho da APS. Frente ao modelo biomédico, que não supre as necessidades da população, o número limitado de consultas médicas e a organização do processo de trabalho no qual os primeiros da fila da manhã são contemplados por essas consultas, independente da necessidade, a população teve que se habituar a enfrentar a 'fila da madrugada'.

Nesse contexto, a perspectiva de ter um aplicativo para facilitar o agendamento de atendimentos na US pode ser uma solução viável para o município. No entanto, não oferece a garantia da equidade e da integralidade da assistência no sistema, além de não estar acessível a toda população, ao considerar que parte dela ainda não tem acesso à tecnologia da informação, embora os domicílios que utilizam a *Internet* tenham crescido de 69,3% para 74,9%, de 2016 a 2017 (INSTITUTO, 2018).

Ao considerar que a APS pesquisada é desenvolvida pelo setor público e que tem seus fatores limitadores do serviço, criar um aplicativo está de acordo com a característica do setor público. Este tem como finalidade inovar para atender aos interesses da população, de facilitar o acesso à US e a informações, além de ser um canal de educação em saúde (BRASIL, 2017).

Sabbadini et al. (2016) afirmam que o conhecimento leva ao desenvolvimento de ações inovadoras e que a habilidade de criar e disseminar esse conhecimento é que distingue em vantagem uma organização da outra, o que corrobora com a **dimensão particular** que emergiu das falas dos participantes que relataram a importância dos profissionais qualificados, principalmente do nível central, da saúde e da informática para elaborar os produtos funcionais com capacidade para atender as necessidades da população e da gestão, além da importância de serem aceitos pelos profissionais da APS; da reorganização do processo de trabalho para o novo fluxo de trabalho instituído, tanto na US como no setor que faz a regulação para o qual são necessários reguladores competentes nas diversas especialidades. Participantes relataram apoio significativo da gestão para a criação e implantação desses conhecimentos convertidos em produtos.

No entanto, ao relacionar o aplicativo com a ampliação do acesso, foi relatada uma diversidade de justificativas: facilitar a consulta médica, acabar com as filas e ampliar o acesso para o atendimento das necessidades de saúde.

Ressalta-se que a fila pela manhã também inclui usuários que farão a coleta de material para exames laboratoriais, para os quais é definido que a coleta seja concluída em algumas horas, devido ao horário predefinido de transporte do material. Portanto, pela atual forma de agendamento da coleta de material que em muitas US inicia às sete horas, a fila persistirá, a menos que se interfira nessa organização. O acesso é considerado um dos atributos da atenção primária (STARFIELD, 2004), porém, além da preocupação em ampliá-lo, há de se focar na sua qualidade, que implica em dar continuidade e aplicar o princípio da integralidade que inclui serviços

preventivos e curativos em diferentes níveis de atenção (BRASIL, 1990; 2017). Para que o usuário tenha esse atendimento é necessário ter estrutura e sistemas que incluam recursos humanos qualificados, estrutura física, serviços de referência e contrarreferência, dentre outros.

Embora os participantes tenham expressado diferentes objetivos no uso do aplicativo, faz-se necessário avaliar o impacto dessa ação inovadora (OLIVEIRA; SANTOS JUNIOR, 2017) tanto para usuários como também para os servidores e a organização como um todo. Possivelmente oportunizou acesso à demanda reprimida em muitos territórios e pessoas que anteriormente acessavam a US pela manhã ao se sujeitar à fila, fizeram essa transição para o uso do aplicativo. Essa análise poderá ser realizada mediante a obtenção de um relatório do número de usuários diferentes que são atendidos na US mensalmente, e pela produtividade dos profissionais de enfermagem, no entanto, o acesso a esses dados não fez parte dos objetivos dessa pesquisa.

SABBADINI et al. (2016) afirmam que é da responsabilidade da organização fazer a gestão desse conhecimento para que este, presente nos seus funcionários, seja aplicado ou tenha uma finalidade que gere benefício e inovação. Esse conhecimento foi citado pelos participantes em relação à criação como fundamental, para que gerasse benefício e um produto novo. Estes autores destacaram a importância da experiência dos colaboradores no contexto da APS, pois facilitou a compreensão da necessidade para buscar soluções viáveis e benéficas.

Promover espaços de interação entre os profissionais pode estimular essa criação do conhecimento, o que inclui os diferentes contextos, não só o da gestão. Além disso, a gestão autoritária não coaduna com essa participação e interação para criar um novo conhecimento aproveitado pela organização. Num estudo sobre gestão compartilhada no contexto de saúde da família, de Penedo, Gonçalo e Queluz (2019), os profissionais afirmam que é o modelo que favorece a sua valorização na tomada de decisão, no entanto, ainda subsistem modelos de gestão verticalizada.

Ainda referente ao aplicativo, a criação do conhecimento se deu a partir do plano de governo executado por gestores do nível central que contaram com a ajuda de outros setores. Evidenciou-se a participação dos profissionais de saúde da APS no aprimoramento do aplicativo, apontando para fragilidades das funcionalidades, importante para a adequação do produto.

Bekkers e Tummers (2018) falam da abertura à colaboração para inovação no setor público, o que inclui a participação do cidadão. Embora a inclusão dos usuários nesse processo de criação não tenha sido relatada, não se pode afirmar que não tenha existido. Na APS, sua participação ainda é um desafio, embora tenha sido prevista já na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a Lei 8.080 (BRASIL, 1990), dentre outras.

Em relação à funcionalidade para a telerregulação, citaram 'as conversas' com diferentes trabalhadores, do serviço credenciado, dos profissionais da APS, gestores, da equipe técnica da informática, a experiência de profissionais da TI da rede de atenção à saúde e da existência do prontuário eletrônico que contribuiu para a criação do conhecimento para a telerregulação com a utilização desse prontuário. O estudo de Hussinki, Vanhala e Kanto (2015) aponta para a importância da TI no suporte do gerenciamento do conhecimento a fim de inovar na organização.

Nonaka e Takeuchi (1997), ao descreverem os quatro processos de conversão de conhecimento, afirmam que a socialização, que é a conversão do conhecimento tácito em tácito, ocorre ao compartilhar experiências entre os colaboradores e apontam para a importância da interação entre os clientes e os responsáveis pelo desenvolvimento do produto. Davila, Varvakis e North (2019), num estudo em empresas catarinenses sobre a intensidade das relações entre as práticas de gestão do conhecimento, desempenho inovador e desempenho organizacional, concluíram que para a aplicação do conhecimento explícito, a gestão do tácito precisa ser melhorada, o que é um desafio nas organizações públicas.

Gestores locais, distritais e do nível central citaram sua atribuição de implantar a ação inovadora para a qual buscaram conhecimento e habilidade no manuseio, mobilizaram a equipe e a comunidade, organizaram o processo de trabalho e realizaram os ajustes, caracterizados pela absorção, interação e reconfiguração do conhecimento.

Nonaka e Takeuchi (1997, p.16) referem que os gerentes de nível médio, nas empresas automobilísticas japonesas, exercem o papel fundamental na criação do conhecimento e servem como “elo entre os ideais visionários da alta gerência e a realidade quase sempre caótica dos funcionários da linha de frente da empresa”. A partir dos dados coletados não se pode determinar o quanto os gestores do DS, considerados mediadores entre o nível central e a US, tenham tido esse papel na criação, mas nos demais processos decorrentes do primeiro, a integração e a

reconfiguração do conhecimento ocorreu essa mediação, segundo relatos dos participantes.

Um aspecto que inclui a criação do conhecimento é a gestão deste conhecimento. Cruz e Ferreira (2016) afirmam que na saúde tem poucos estudos relacionados ao tema, embora seja transversal, e apontam para outras áreas que relacionam a gestão do conhecimento com o desempenho organizacional, o que leva a obter vantagens sustentáveis num mercado competitivo. Na saúde coletiva, especificamente no setor público, não se reconhece a competitividade como uma ameaça significativa ao serviço, embora não se negue que exista. Não se exclui a necessidade de ter um desempenho cada vez melhor e que seja sustentável para o sistema. Os autores citados enfatizam a importância de todos dentro da organização, e seu conhecimento tácito que é difícil de partilhar mas que é estratégico para o desempenho da organização.

Há indícios de que em organizações menores seja mais fácil fazer a gestão do conhecimento. A importância da gestão do conhecimento justifica-se frente à complexidade dos sistemas de saúde, pelo crescente conhecimento científico, implicações dos erros clínicos, dentre outros. Cruz e Ferreira (2016) concluem que as instituições de gestão privada e fundamentadas em políticas e práticas de mercado é que tinham um valor mais alto nos resultados de gestão do conhecimento. Embora se deva considerar o contexto do estudo desses autores em instituições de saúde portuguesas diferente das brasileiras e o pequeno número de organizações pesquisadas, há de se analisar qual o impacto dessa caracterização no Brasil, visto que a APS ainda está inserida no SUS e gerenciada pelo setor público.

Portanto, ao analisar esses dados, surge o questionamento de como fomentar a criação de conhecimento na SMS. Nonaka e Takeuchi (1997, p.83) afirmam que as condições capacitadoras desse conhecimento organizacional está na intenção que consiste na “aspiração de uma organização às suas metas”. Reforçam a importância de utilizar cinco diferentes estratégias dessa forma intencional de produzir conhecimento:

1. Do compromisso dos funcionários e o compartilhamento da intenção com eles;
2. Da autonomia dos indivíduos e das equipes para alcançar as metas definidas;
3. A flutuação e caos criativo que envolve a interação entre a organização e o ambiente externo e que pode levar a um colapso que seja benéfico internamente;
4. A redundância na qual há uma superposição de informações;

5. A variedade de requisitos internamente que possibilita a combinação de diferentes informações.

Ao ampliar essa reflexão e integrar a criação do conhecimento pouco evidenciada na organização pelas ações inovadoras relatadas e ações de P&D, que foi um dos itens de menor média na etapa quantitativa, surge o questionamento quanto à gestão do conhecimento na organização a fim de promover a inovação. Costa (2016), ao discorrer sobre a inovação nos serviços de saúde afirma que a saúde é um vasto campo de P&D, numa visão macro que vai além da APS no município pesquisado. No entanto, nos alerta sobre a necessidade e o potencial que pode ser desenvolvido numa organização a fim de melhorar o bem-estar da comunidade.

A **dimensão singular** foi evidenciada em ações inovadoras criadas localmente por líderes de equipe tendo em vista a melhoria do processo de trabalho ao criar uma pasta compartilhada para a equipe que tinha as informações atualizadas quanto à fluxo de atendimento, informações técnicas, dentre outras, e planilhas para melhor organização e controle de informações. Na criação da funcionalidade no prontuário eletrônico para telerregulação observou-se o papel do gestor e de pessoas-chaves, técnicos na criação do conhecimento. Na criação do aplicativo essa dimensão não foi evidenciada, possivelmente pelo fato dos entrevistados não terem participado diretamente da sua criação.

Sabbadini et al. (2016) afirmam que a consolidação do conhecimento se dá quando o conhecimento tácito individual é transformado em organizacional, o que foi evidenciado nessa pesquisa. A criação do conhecimento se dá tanto em inovações radicais como incrementais, embora a maioria das ações relatadas tenha sido incremental, dadas as características e o foco do serviço.

Ressalta-se que embora não haja um setor específico para pesquisa e desenvolvimento, recomenda-se que a organização fomente um ambiente propício a fim de promover a capacidade inovadora e assim qualificar cada vez mais a APS do município.

Cabe analisar as práticas de gestão do conhecimento existentes na SMS e como sistematizar e incentivar os profissionais de saúde, gestores e cidadãos para alcançar os objetivos propostos, de criar conhecimento, que é um dos processos que evidencia a capacidade inovadora da organização e que envolve tanto o conhecimento tácito como o explícito na geração de novo conhecimento.

Costa (2016) alerta sobre o interesse do capital e a pressão que exerce no serviço público para o mercado consumidor de produtos de interesse industrial. Portanto, ressalta-se a necessidade de avaliar a importância do conhecimento criado para que melhore significativamente a assistência à saúde e outras opções de melhoria do serviço oferecido, e que seja menos influenciado pelo interesse econômico.

6.3.1.1.2 Absorção do conhecimento

A absorção do conhecimento foi relatada tanto por gestores como por profissionais de saúde. As ações inovadoras serão citadas ao longo da discussão ao analisar as dimensões estrutural, particular e singular.

Ao considerar a necessidade de absorver o conhecimento, ou seja, levá-lo para dentro da organização, os participantes não expressaram esse processo ao relatar o aplicativo Saúde Já Curitiba como inovação, pois nenhum deles participou diretamente da criação dele, no entanto, não significa que não houve a absorção.

Na análise da **dimensão estrutural** referente à absorção do conhecimento, evidenciou-se que as propostas de melhorar o acesso à rede assistencial e o acolhimento nas US, consideradas ações inovadoras, estão presentes nos planos municipais das últimas gestões. Participantes relataram a PNAB (BRASIL, 2017) e artigos científicos como conhecimento externo que contribuíram para implantar inovações que melhorassem o processo de trabalho e a assistência à saúde.

Os avanços unilaterais quando se busca atender certos grupos específicos, como os que têm doenças crônicas, determinadas faixas etárias, dentre outros, em detrimento aos demais, podem ter sua fundamentação no conhecimento externo. Políticas públicas têm sido questionadas, como a última versão da PNAB que flexibiliza o número de agentes comunitários em saúde (ACS) e permite a sua diminuição, com o enfraquecimento da ESF, dentre outras mudanças (MELO et al., 2018). Há de se atentar para a influência de políticas públicas não necessariamente beneficiárias para o sistema. Diante disso, recomenda-se que o profissional desenvolva uma análise crítica-reflexiva a fim de contribuir significativamente para que o sistema seja fortalecido e não desmantelado.

Os participantes citaram a importância do conhecimento científico adquirido na pós-graduação por profissionais de diferentes categorias, na residência médica,

artigos, capacitações com consultor externo, modelos de outros municípios, políticas públicas e protocolos que contribuíram para fundamentar as ações inovadoras implantadas como o acolhimento, uso de metodologias ativas e práticas integrativas. Portanto, o conhecimento externo está disponível para sua translação no âmbito da APS.

Esses dados convergem com os itens 10 e 12 do fator - monitoramento do ambiente externo da EOI, referentes à adoção de referenciais comparativos externos e sobre a implementação de novos métodos de trabalho a partir de experiências bem-sucedidas em outras organizações, respectivamente. Também integra o item 5, relacionado ao ambiente de estímulo à aprendizagem, que trata do funcionário saber que é importante conhecer as formas de trabalho de outras organizações para melhorar os procedimentos internos.

Essa relação evidencia a importância da absorção de conhecimento a fim de fomentar a orientação para a inovação na organização pesquisada. No entanto, há de se analisar em que intensidade e qual a efetividade dessas ações na organização já que o item 6 da EOI – experimentam-se novas formas de realizar as tarefas não teve uma média alta.

Os dados apontam para ações intersetoriais que tiveram êxito ou ainda em processo de implantação, que sinalizaram a integração entre as partes, um exercício de aprendizado externo e certa ousadia em executar essas ações a fim de promover a saúde e prevenir doenças. Para ações intersetoriais foram realizadas parcerias com a educação, ação social, grupo de voluntários, Estado, além de evidenciar, por meio dos relatos, importância de buscar conhecimento científico, experiências da mídia de como abordar adolescentes para nortear o planejamento e implementação da ação inovadora.

A análise da **dimensão particular** aponta os desdobramentos da absorção do conhecimento. Participantes relacionaram a obtenção do conhecimento externo com a presença de um consultor externo para capacitar a equipe, a disponibilidade do técnico da empresa contratada para apoiar a enfermagem na assistência ao usuário diabético que faz a medição da glicose em domicílio, e assim obter maior aproveitamento da tecnologia disponível. Indicadores externos e experiência externa do gestor da SMS foram identificados como estratégias para auxiliar na absorção do conhecimento. Muitas ações implantadas no microambiente de trabalho ocorreram com a participação da equipe a partir de fragilidades percebidas pelos profissionais

assistenciais e gestores, subsidiadas pelo conhecimento absorvido e que iniciaram o processo de mudança, apoiados pela gestão distrital e central.

O setor privado tem contribuído com a tecnologia para monitoramento do diabetes, conforme relato de participante a doença. A aplicação do conhecimento em outras realidades, que foi compartilhado e utilizado, também caracteriza a absorção do conhecimento. Segundo Moraes et al. (2018), a resolutividade dos problemas deve ser fundamentada em evidências científicas, portanto, faz-se necessário questionar se o conhecimento absorvido a partir dos atores e experiência externa dos envolvidos é pautado no conhecimento produzido a partir de pesquisas de alto impacto e credibilidade. Esse discernimento é fundamental para sua aplicação no contexto do trabalho.

Moraes et al. (2018) apontam para o descompasso entre a academia, serviço e gestão e a necessidade de um alinhamento para que a pesquisa produzida seja disseminada e aplicada na melhoria dos serviços de saúde. Se por um lado predomina a motivação pessoal do pesquisador, muitos gestores e trabalhadores de saúde podem não ter interesse na sua aplicabilidade, além da falta de participação dos usuários na construção da pesquisa.

O apoio do fornecedor para o monitoramento dos usuários com diabetes, relatado por três participantes, aponta para sua relação com o item 13 da EOI – as sugestões de melhorias de fornecedores são tratadas. Essa integração entre o serviço e o fornecedor contribuiu para a implantação da inovação. A aproximação do fornecedor ao ambiente no qual se utiliza o produto poderá ser benéfica para o fornecedor, bem como usufruir da tecnologia e do conhecimento diretamente oferecido pelo profissional técnico capacitado poderá potencializar a utilização do produto.

As experiências externas e o apoio do CRM também foram significativos para que as mudanças necessárias se concretizassem, tanto no nível gerencial como assistencial, relacionado à regulação das filas de encaminhamento para outros níveis de atenção e o compartilhamento de consultas entre os profissionais do NASF e equipes de saúde das US. Essas consultas compartilhadas visam a capacitação dos profissionais das US para qualificação dos encaminhamentos, além de facilitar o atendimento na US no território do usuário, o que diminui a necessidade de deslocamento para o serviço especializado e promove maior resolutividade. Mesmo

que se busque apoio e conhecimento referente a práticas já instituídas em outros municípios, existe o desafio de implantar num contexto diferente.

A mobilização interna das equipes se deu a partir do conhecimento trazido por diferentes profissionais motivados e que beneficiou os usuários com ações inovadoras por meio da reorganização do processo de trabalho e da oferta de serviços a partir das necessidades deles.

Ao relatar a absorção do conhecimento na **dimensão singular**, evidenciou-se a motivação individual para buscá-lo e satisfação ao aplicá-lo na sua prática gerencial ou assistencial. Num estudo com enfermeiras sobre o prazer no trabalho, Rocha et al. (2019) apontaram para um dos prazeres, a resolutividade no trabalho, e que o prazer e satisfação no trabalho são importantes na promoção da saúde mental do trabalhador.

Oliveira et al. (2016) fizeram um estudo sobre a formação e qualificação dos profissionais de saúde na APS em Goiânia. Concluíram que há uma relação entre a capacitação dos profissionais com melhora na qualidade da assistência prestada por eles. Avby, Kjellström e Bäck (2019, p.9, tradução nossa), num estudo qualitativo sobre a inovação na APS, concluem que “a chave para a inovação é a vontade, capacidade e oportunidade para inovar”. Considerando que a capacidade inovadora da organização é baseada no conhecimento como capital mais significativo, a formação profissional contribui nesta capacidade por meio da absorção do conhecimento. O desafio é a sua utilização e/ou a oportunização para aplicá-lo e gerar a inovação.

Ao analisar a temática na perspectiva da produção do conhecimento, visto que os participantes citaram a busca por um referencial teórico, cabe refletir sobre o fomento à pesquisa e a sua utilização nos serviços que integram o SUS. Souza e Calabro (2017) avaliaram o grau de implantação do Programa de Pesquisa para o SUS. Citaram a evolução histórica do financiamento à pesquisa com o objetivo de dar resolutividade aos problemas e fortalecer a gestão do SUS. Concluíram que houve êxito na sua implantação e recomendaram a aproximação entre os produtores do conhecimento e os usuários deste, para que os problemas no âmbito do SUS sejam solucionados. Essa solução perpassa pela inovação em saúde fundamentada no conhecimento e na sua absorção pelos profissionais de uma organização e que esta fomente a sua utilização.

Oelke, Lima e Costa (2015) alertam sobre a importância de produzir o conhecimento científico que atenda os problemas vigentes para que haja a translação do conhecimento. Referenciam alguns conceitos sobre a translação do conhecimento que é compreendido com a aplicação do conhecimento na prática e na elaboração de políticas públicas a fim de trazer benefícios. Estes autores alertam sobre a importância de identificar o problema de pesquisa, envolver os usuários do conhecimento a ser produzido, o problema do subfinanciamento e pouca relevância desta temática nas rodas de pesquisa.

Embora se evidencie a importância do conhecimento científico foi citado o empirismo como condutor na elaboração de algumas práticas inovadoras como no estudo de demanda para implantação do acolhimento, criação da pasta compartilhada para que todos os profissionais tivessem acesso aos fluxos, rotinas, protocolos e demais informações e organização da agenda profissional, o que pode revelar certo distanciamento do saber científico e sua importância na mudança a ser implantada. Por outro lado, evidencia a utilização de algum tipo de conhecimento que cada profissional tem. Não se pode negar o valor desse conhecimento caracterizado como tácito, que é usado pela intuição e até inconscientemente a partir da experiência, conforme revisão integrativa sobre este conhecimento na prática de enfermagem de Pérez-Fuillera, Solano-Ruiz e Amezcua (2019). Estes autores concluem que é um conhecimento utilizado nas tomadas de decisões clínicas, mas que sua relação com a gestão do conhecimento requer estudos com maior profundidade.

A absorção do conhecimento foi significativa para a organização na perspectiva da sua capacidade inovadora. Ao considerar que essa capacidade é definida a partir do quanto a organização é capaz de introduzir, assimilar e aplicar o conhecimento para melhorar suas rotinas e processos, percebeu-se um embricamento entre a dimensão particular da absorção do conhecimento com a singular. Algumas ações foram impulsionadas por interesse individual, do gestor e/ou do profissional assistencial, aliado ou não à iniciativa institucional, mas que alavancou e se consolidou no microambiente do trabalho. Outras ações foram instituídas pela SMS a partir de práticas que facilitaram a absorção do conhecimento. Essa 'simbiose' entre a dimensão particular e singular é possível e benéfica para a organização e para o próprio profissional para transladar o conhecimento.

Para incrementar ações já realizadas ou para implantar novos serviços ou produtos, a absorção do conhecimento é necessária e o fomento interno para a

absorção, bem como para a criação do conhecimento contribui para potencializar o que se tem de maior valor na organização, o ser humano munido de competências. Isso não significa que se deva negligenciar o valor do usuário que pode contribuir significativamente na melhoria do serviço público de saúde, a atenção primária, visto que os conhecimentos tácito e explícito não são exclusivos do profissional da saúde, seja assistencial ou gestor do serviço.

6.3.1.1.3 Integração do conhecimento

A seguir será discutida a integração do conhecimento, o terceiro processo que contribui na capacidade inovadora da APS. As ações serão relatadas ao longo desse subcapítulo ao analisar as três dimensões já citadas anteriormente.

Nesse processo de integração do conhecimento a dimensão estrutural não foi evidenciada, no entanto, na **dimensão particular** os participantes relataram o compartilhamento do conhecimento com a utilização de várias estratégias.

A integração do conhecimento foi realizada entre os profissionais das equipes de saúde, do NASF e gestores dos diferentes níveis, portanto, não estava voltada a uma única categoria profissional, o que é fundamental num sistema que tem a multiprofissionalidade como característica na composição das equipes de saúde (BRASIL, 2017).

Essa integração foi realizada por meio de capacitações, cursos e reuniões, nos quais os recursos informatizados com informações geradas em relatórios apoiaram o processo, o que está relacionado à gestão do conhecimento. A EPS se deu em espaços intencionalmente preparados, caracterizada pela participação ativa dos profissionais numa relação horizontalizada, dotados de experiências e conhecimentos tácitos e explícitos e que puderam promover mudanças organizacionais, proposta mais explicitada no quarto processo, a reorganização do conhecimento.

Um estudo desenvolvido na Alemanha, no qual foi aplicada uma escala para avaliação da integração do conhecimento para diferentes profissionais de equipes em clínicas de reabilitação, aponta para uma maior integração da equipe e o cuidado centrado no paciente decorrente da integração do conhecimento entre os profissionais das equipes (KÖRNER et al., 2015). Igualmente, em relação às ações relatadas na

presente pesquisa, todas focam em inovações que tem a finalidade de melhorar a assistência para o usuário, ou seja, centrado neste.

Grant (1996) afirma que a integração do conhecimento especializado ocorre de forma hierárquica, o que foi evidenciada em vários relatos referentes ao desencadeamento da ação pelo nível central da SMS e/ou distrital, replicado para os seus subordinados com vistas a aprimorar processos e serviços perceptíveis aos usuários, item 11 da EOI. Embora este item não tenha sido discutido referente aos dados quantitativos, foi evidenciado nos relatos, portanto, confirma-se a existência e a sua importância para promover a capacidade inovadora.

Hussinki, Kianto e Vanhala (2015) afirmam que a comunicação do conhecimento tácito em regras explícitas é melhorada pela gestão do conhecimento. Esse compartilhamento caracterizado como a externalização por Nonaka e Takeuchi (1997), ao descrever a criação do conhecimento, inclui a experiência individual muito citada pelos participantes.

Em relação à regulação da consulta especializada e compartilhada na US entre profissionais da equipe de saúde e do NASF, o desenho da implantação dessas ações foi estabelecido pela SMS por equipes capacitadas para compreender e realizar as mudanças no sistema informatizado e a exploração do potencial que a informatização do serviço e o potencial inovador da telerregulação proporciona. Essa troca de informações entre os serviços contratualizados e a SMS a fim de compreender as dificuldades dos profissionais no encaminhamento de usuários para o nível secundário para consultas e/ou exames, serviu de base para que a equipe da TI atuasse, caracterizada na absorção do conhecimento.

Os resultados qualitativos relacionados à integração do conhecimento convergem com o item 3 da EOI – é hábito partilhar conhecimentos entre colegas de trabalho, que teve a maior média relacionada ao ambiente de estímulo à aprendizagem. Desta forma, pode se inferir que esse aspecto da integração do conhecimento é significativo para que as ações inovadoras sejam implantadas.

A experiência vivenciada em outra US ou relatada por profissionais de outra US foi citada nas ações inovadoras relacionadas ao acolhimento, procedimentos médicos e residência médica. Essa busca pelo conhecimento tácito, baseada na experiência profissional foi fundamental para o desenho da ação que buscasse solução para os problemas relacionados ao acesso dos usuários aos serviços da US,

ao número expressivo de encaminhamentos para outros serviços e à implantação da residência na APS.

Hussinki, Kianto e Vanhala (2015) estudaram a relação entre o gerenciamento do conhecimento e o desempenho inovador da empresa e concluíram que no contexto de organizações da Finlândia, a experiência dos funcionários e o compartilhamento de conhecimento não foi confirmado como significativo para o desempenho, justificado pela rapidez na desatualização, principalmente quando se refere à criação de produtos. No entanto, não dá para generalizar e afirmar isso em relação à atual pesquisa, na qual os entrevistados revelaram a importância da troca de experiências e vivências em outras US ou o compartilhamento dessas experiências por colegas de outros serviços para alavancar a implantação da ação inovadora, que na maioria não estava relacionada a um novo produto.

Helmann et al. (2016) publicaram sobre a importância da retenção do conhecimento para inovação na organização e afirmam que é importante proporcionar um ambiente que favoreça o compartilhamento baseado na confiança e segurança, a fim de que o conhecimento se torne coletivo. Em contrapartida, alertam sobre a perda do conhecimento que pode ocorrer pela forma individual, por meio de demissão, aposentadoria, sobrecarga, dentre outras, pela forma coletiva, por meio da dispersão das equipes, sabotagem, dentre outras, e, eletronicamente, dentre as quais está a perda de dados, baseada na classificação de Probst et al. (2002).

Bravo-Ibarra e Herrera (2009) citam as rotinas organizativas como promotoras da integração do conhecimento, além da gestão do conhecimento. Para o atendimento dos usuários agendados pelo aplicativo, regulação das filas, agendamento de consultas compartilhadas e da maioria das ações inovadoras citadas, mudanças nas rotinas foram necessárias pois contribuíram para integrar essas ações para promover e consolidá-las.

Ao analisar a **dimensão singular**, evidenciou-se a manifestação de gestores distritais, locais e das US quanto aos seus esforços para conhecer o aplicativo e implantar seu uso. Para tal, gestores buscaram conhecimento e habilidade no manuseio desse aplicativo, além de divulgar e motivar seu uso pela população e a capacitação da equipe para o atendimento e a reorganização do processo de trabalho. Relataram o movimento do nível central para o distrital e este para o local, a US, e nessa, a responsabilidade da ASL no *marketing* da ideia, a fim de difundir o conhecimento sobre o uso, motivar a equipe e implantá-lo de fato.

Weatherford, Wower e Vitello-Cicciu (2018) concluem que o líder na inovação não precisa ser necessariamente inovador, mas deve conduzir o processo e fomentar uma cultura de apoio à inovação. Essa característica ficou evidente pelos relatos, quando a ação inovadora era institucionalizada para todas as US, como foi a implantação do aplicativo. A liderança dessa integração, enquanto prática gerencial, seja pelo gestor ou pelo profissional de saúde que implantou a ação, será aprofundada no subcapítulo referente aos recursos organizativos.

6.3.1.1.4 Reconfiguração do conhecimento

A capacidade inovadora da organização tem em seu quarto processo a reconfiguração do conhecimento. De forma similar, os principais aspectos dessa reconfiguração serão abordados a partir dos relatos dos participantes descritos no QUADRO 5.

Ao analisar a capacidade inovadora da APS no município pesquisado, a reconfiguração do conhecimento tem sido um desafio na implantação da ação inovadora, visto que são 111 US, supervisionadas por dez DS, cada qual caracterizada por diferentes culturas organizacionais nos microambientes do trabalho desenvolvidas ao longo de sua história. Nesse contexto, centenas de profissionais, caracterizados pela sua diversidade na formação, experiência profissional e pessoal é considerada no processo de reconfiguração.

Ao analisar **a dimensão estrutural** da telerregulação, esta é fundamentada na Portaria nº 2.546 (BRASIL, 2011) por meio da qual o MS redefine e amplia o Programa Nacional de Telessaúde que deverá ofertar a tele-educação, telediagnóstico, segunda opinião formativa e teleconsultoria. Permite maior aproximação entre o profissional de saúde e o teleconsultor a fim de esclarecer dúvidas sobre o manejo clínico, ações de saúde e processo de trabalho, caracterizada pela EPS, e assim aumentar a resolutividade na APS (MAEYAMA; CALVO, 2018). A exemplo do Estado de Santa Catarina (FERREIRA et al., 2019), iniciou-se o processo de ajustes com maior ênfase na EPS dos profissionais.

A ação inovadora relacionada à telerregulação implica em considerar os diversos grupos envolvidos para a capacitação profissional: gestores, profissionais na área de tecnologia da informação, médicos, enfermeiras e demais profissionais que

serão potenciais usuários do sistema telerregulador para ampliar a resolutividade na APS e diminuição de encaminhamentos para o nível secundário.

A **dimensão particular** apontou para a importância do apoio do setor de informática para melhoria do produto, o aplicativo, o que demandou integração entre setores e equipes, a fim de alinhar as soluções adequadas para as necessidades requeridas. A abertura para os ajustes citados pelas equipes das US que vivenciaram a prática da sua implantação e uso foi fundamental para o aprimoramento e adesão. No entanto, foram apontados desafios de divulgar a atualização das versões para as equipes. Bravo-Ibarra e Herrera (2009) relacionaram boas práticas de comunicação, fomento ao diálogo e interação, intercâmbio de conhecimento entre funcionários e usuários como parte do recurso organizativo da cultura organizacional que interfere na reconfiguração do conhecimento.

A comunicação possibilita que o outro, profissional e/ou usuário, participe de forma mais ativa no processo, seja da criação, absorção, integração e/ou reconfiguração do conhecimento. Wheatherford, Bower e Vitello-Cicciu (2018) num estudo com enfermeiros, pesquisaram competências para liderar a inovação na saúde. Esses autores concluíram que para a mudança numa organização, a comunicação é essencial para a qual o líder crie um ambiente propício que fomente uma cultura organizacional para a inovação contínua. Recomendam que o líder informe o que significa inovar na organização, considerando que cada uma tem seu próprio caminho a trilhar nesse processo.

Ainda na dimensão particular da reconfiguração do conhecimento, muitos ajustes internos nas US foram necessários, tanto nas ações inovadoras ditadas pela gestão, como nas ações que gestores locais, distritais ou profissionais assistenciais propuseram. Esses ajustes internos, no processo de trabalho, principalmente quanto às atribuições do enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem relacionadas ao atendimento decorrente do agendamento pelo aplicativo e na ampliação de possibilidades de uso dele, foram muito citados. Demandavam uma equipe preparada para que não fosse um instrumento para fortalecer um modelo médico centrado, no qual o primeiro atendimento servisse como 'trampolim' para a consulta médica, mas para o atendimento por diferentes profissionais de acordo com a necessidade, podendo contribuir na desconstrução do modelo médico centrado.

O atendimento do usuário pela enfermeira oportuniza maior visibilidade à categoria e às suas atribuições pela sua apresentação inicial e qualidade na avaliação

e/ou pela consulta de enfermagem. Também permite aos usuários vivenciarem o cuidado da enfermeira, para muitos, o primeiro acesso ao cuidado na APS do SUS, após deixar de usar a assistência privada médico centrada. Essa oportunidade alinha-se à proposta da campanha internacional *Nursing Now Global* que visa maior valorização dos profissionais de enfermagem (CASSIANI; LIRA NETO, 2018).

Nas ações inovadoras relacionadas à consulta especializada e compartilhada, foi evidenciada a necessidade de EPS para o atendimento na US e encaminhamento qualificado, o que pode diminuir a interferência dos serviços especializados. A EPS é caracterizada como o aprendizado no trabalho (BRASIL, 2018).

Uma estrutura de telerregulação não garante o correto encaminhamento, no entanto, a EPS na US, realizada pelos integrantes do NASF, por cursos ou por teleconsultoria, conforme já citado anteriormente, contribuirá no aprimoramento profissional que potencializará um encaminhamento adequado e uma assistência mais resolutiva e qualificada na APS. Atualmente já se estuda a avaliação do telessaúde como apoio da educação permanente (DOLNY et al., 2019), portanto, é preciso avançar e fortalecer a teleconsultoria como ação inovadora na SMS e consequentemente, a avaliação dessa implantação a fim de aprimorar e consolidar essa prática.

A EPS foi identificada por muitos participantes ao sinalizarem o item 4 da EOI, referente à existência da prática de conversar em grupo sobre como resolver os problemas do trabalho. Nesta reconfiguração foi citada a importância das sugestões dos funcionários, o que é significativo numa organização orientada para a inovação, conforme caracterizado pelo item 14 da EOI. Portanto, seja a educação continuada conectada às necessidades dos profissionais ou EPS, ambas visam melhorias, ajustes e adaptações à realidade local, para as quais a criatividade poderá contribuir a fim de que a implementação da ação seja inovadora para promover a atenção à saúde.

Embora o item 6 da EOI, referente ao experimentar novas formas de realizar as tarefas tenha uma média baixa, ela ocorreu ao relatarem ações inovadoras relacionadas ao processo de trabalho, como na reorganização das agendas, na instituição do acolhimento pela enfermagem, na adoção de novos instrumentos no trabalho, dentre outras.

No entanto, os usuários são pouco citados como participantes ativos no processo de discussão dos seus interesses e necessidades, embora todas as ações

inovadoras sejam focadas nas suas necessidades. Numa revisão sistemática sobre a participação do cidadão no serviço público para a inovação social, conceituada como a criação de resultados que atendem as necessidades de uma sociedade, identificaram que muitas vezes atitudes dos gestores não incentivam a participação do cidadão, bem como fragilidades na organização em relação à comunicação, infraestrutura, relacionadas ao cidadão, que pode não estar motivado ou confiante na efetividade de sua participação (VOORBERG; BEKKERS; TUMMERS, 2015).

Os itens 15 e 17 da EOI, com as maiores médias do fator, evidenciam a participação dos usuários ao fazerem reclamações e/ou sugestões. No entanto, não é possível assegurar que esta forma de participação promova ações inovadoras. Faz-se necessário analisar com maior profundidade o quanto a gestão promove a participação dos usuários, as limitações e potencialidades, o envolvimento do CL ou, de forma inovadora, verificar quais outros espaços poderiam ser utilizados ou criados para que houvesse uma participação social maior na discussão das necessidades e estratégias de resolutividade.

Ao analisar a **dimensão singular** do processo de reconfiguração, a liderança e o apoio da ASL foi maior ou menor, conforme cada ação inovadora relatada. O papel de muitas enfermeiras foi essencial neste processo de mudança para que a ação inovadora fosse aproveitada em todo seu potencial, o que exigiu competências de negociação, implantação e sustentação da mudança, uso do poder e da influência com ética e efetividade, patrocínio e venda de novas ideias e estimulação e promoção da inovação caracterizadas como competências gerenciais para a inovação (QUINN et al., 2015). Essas cinco competências propostas por esses autores no processo de mudança foram identificadas pelas enfermeiras num estudo referente ao gerenciamento da ampliação da ESF (LOWEN, et al., 2015).

Evidencia-se a necessidade das competências gerenciais e o aprimoramento contínuo dos líderes da inovação, dentre estes, as enfermeiras assistenciais, que atuam na liderança da equipe de enfermagem e multiprofissional, que compõem a equipe de saúde da APS (BRASIL, 2017).

Oliveira et al. (2017) alertam sobre o empirismo que frequentemente fundamenta as práticas gerenciais dos enfermeiros na APS, ao invés do uso de ferramentas de gestão associadas a uma prática crítica e reflexiva. Portanto, esse é um desafio para as enfermeiras, bem como para os demais gestores, a fim de que o gerenciamento dos quatro processos da capacidade de inovação seja potencializado

e resulte em melhorias significativas na APS, dentre as quais a assistência qualificada, conforme visam as políticas públicas vigentes para o SUS.

Igualmente ao processo de integração do conhecimento, na dimensão singular, a identificação da liderança foi significativa e será retomada na discussão do recurso organizativo – liderança.

6.3.1.2 Recursos organizativos

Os recursos organizativos são categorizados em capital humano, liderança, cultura organizacional e estrutura e sistemas, segundo o modelo conceitual da capacidade inovadora de Bravo-Ibarra e Herrera (2009). A análise foi realizada a partir da identificação dos recursos propostos nas dimensões particular e singular, além da estrutural identificada na estrutura e sistemas. Embora a dimensão estrutural não tenha sido identificada em todos os recursos, não se pode afirmar que inexistia, já que o ambiente externo integra a capacidade de inovação da organização, segundo o modelo conceitual adotado.

6.3.1.2.1 Capital humano

A **dimensão particular** do capital humano foi identificada pelos participantes ao citar os profissionais tanto do nível central, enquanto participantes na criação do aplicativo, como no âmbito distrital e das US, no protagonismo de implantar o seu uso, na divulgação para os usuários para a adesão dessa tecnologia, na sua disseminação entre os profissionais e suas implicações para reorganização do processo de trabalho. Foi evidenciada a importância do conhecimento pelos criadores do aplicativo como também a força política para que o projeto fosse revertido num produto e que fosse implantado na APS desse município.

Costa (2016) ressalta a importância de identificar os *stakeholders* envolvidos e que na maioria das vezes a dimensão política na análise de inovação não é pesquisada. Alguns participantes citaram aspectos relacionados ao envolvimento de alguns atores-chaves devido aos cargos ocupados e seus interesses pessoais na área da inovação, embora essa dimensão política não tenha sido alvo desta pesquisa.

Para ações inovadoras relacionadas ao acolhimento, organização de agendas e consulta da enfermeira evidenciou-se a importância da participação do técnico de

enfermagem e das enfermeiras na reorganização do serviço e para qualificar a assistência.

Para as ações inovadoras consideradas institucionais, citaram a importância do apoio da gestão para sua implementação. Aliada à saúde, está a ação social e educação que de forma integrada potencializam as ações relacionadas ao bem-estar integral do usuário e sua família. Klijn e Koppenjan (2015), ao discorrerem sobre a governança em rede no setor público, enfatizam a integração entre a saúde e o serviço social a fim de atender às necessidades das pessoas idosas. Alertam que os atores com diferentes interesses e perspectivas devem ser considerados nesse processo de governança intersetorial.

Subramaniam e Youndt (2005) afirmam que há uma forte relação entre a capacidade de inovação e a utilização do conhecimento que pode ser a partir do capital humano, organizacional e social. Ao descreverem o capital humano, afirmam que para facilitar a absorção do conhecimento e a criação de novas capacidades para inovar é importante que se desenvolva capital humano, além de compartilhamento e a assimilação do conhecimento para o desenvolvimento da capacidade inovadora. Segundo Bravo-Ibarra e Herrera (2009), o desenvolvimento desse capital pode ser realizado pela formação profissional, atualizações e renovações das capacidades por meio de programas de formação.

O capital humano evidenciado nas ações inovadoras relacionadas à vigilância sanitária foi dos diversos níveis de gestão que potencializou o serviço, além da equipe técnica capacitada, com conhecimento que facilitou o desenvolvimento da ação inovadora.

Morais et al. (2018, p.78), num estudo de empresas metalúrgicas, apontam para a inovação e conhecimento como ferramentas estratégicas que devem ser integradas na organização. O foco no capital intelectual é reconhecido como uma das ênfases a ser dada nas organizações nas quais a gestão do conhecimento é fundamental, conceituada como “um processo, articulado e intencional, destinado a sustentar ou a promover o desempenho global da organização, com base no conhecimento”. Além desse crescimento em relação ao conhecimento, destacam a importância da relação entre as pessoas.

Quanto à formação dos participantes da coleta quantitativa dos dados, 51,5% deles têm minimamente uma especialização e 34,1% dos profissionais de nível médio têm um curso superior, o que pode contribuir para a aquisição e disseminação do

conhecimento na SMS. Dados referentes à criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento no processo inovador analisado nessa pesquisa evidenciam o capital humano como um dos recursos organizativos amplamente citado. Um estudo referente ao estado da arte da inovação em serviços, Léo e Tello-Gamarra (2017, p.4) constataram que as organizações precisam “desenvolver comportamentos” para que essas dimensões da capacidade inovadora ocorram.

As capacitações e cursos *lato* e *strictu sensu* têm o seu valor no desenvolvimento de competências para a assistência à saúde, seja na gestão, assistência direta à população, educação e na política. Cecílio e Reis (2018, p.8) afirmam que o MS indica algumas estratégias como a EPS, a cogestão e apoio a fim de preencher a lacuna da falta de “atores para a política”, mas há lacuna em relação a profissionais competentes para formar outros que vão executar a nova política como a PNAB. Concluem que a EPS não tem impactado o suficiente para formar esse “novo trabalhador do SUS”.

Os apoiadores institucionais que também fomentam a gestão participativa foram citados por uma participante como importante capital humano presente na gestão pública de saúde no município pesquisado, no período de 2013-2016, no entanto, o cargo de apoiador institucional foi extinto na organização pesquisada. Guizardi et al. (2019) fizeram uma pesquisa bibliográfica para mapear os efeitos da intervenção do apoio institucional, considerada uma metodologia de trabalho gerencial adotada na APS. Foi incorporado para o trabalho no SUS e especificamente na APS, considerado um suporte para a implantação da PNAB. Tinha a intenção de democratizar a gestão que se traduzia em maior participação e autonomia dos atores envolvidos, gestores, profissionais assistenciais e usuários do sistema de saúde. Os autores concluíram que os estudos evidenciaram mudanças nas práticas cotidianas e na cultura organizacional a partir do trabalho do apoio institucional: mudanças no processo de trabalho, reorganização do modelo assistencial voltado às necessidades do usuário e maior motivação no trabalho. Em relação à cultura, desenvolveu-se maior participação na gestão, resolutividade, transparência, autonomia, dentre outras ações. Vale ressaltar que as mudanças estavam sob a governabilidade dos atores envolvidos, o que evidencia um grande potencial nos diversos contextos da APS.

Embora não se tenha esses apoiadores institucionalizados atualmente, assim denominados, não se pode afirmar que inexistem. Os participantes apontaram para gestores locais e distritais que em determinadas etapas da implantação de uma ação,

atuaram em espaços democráticos junto aos trabalhadores a fim de buscar ações inovadoras e suas implantações. No entanto, não se confirma que esse apoio levou à mudança da cultura organizacional como evidenciado no estudo de Guizardi et al. (2019).

Ressalta-se que a gestão participativa que inclui os diferentes atores é prevista na PNAB (BRASIL, 2017), especificamente ao descrever as atribuições do gerente da atenção básica, conforme já ressaltado em discussões anteriores. Quanto ao processo de implantação das ações inovadoras, além dos profissionais anteriormente mencionados, os participantes destacaram a enfermagem de nível médio, a equipe odontológica e os ACS como pessoas-chaves na implantação e divulgação, bem como acadêmicos que estagiavam no local.

Sobre a atuação do ACS, a nova versão da PNAB publicada (BRASIL, 2017) já não obriga a contratação dos ACS para todas as modalidades de equipes de saúde, o que enfraquece politicamente a sua importância, embora esta pesquisa e outros estudos tenham evidenciado seu papel para resultados promissores para a saúde da população. No entanto, sua atuação ainda é cercada de dilemas e desafios, tanto no seu papel a desempenhar como na integração à equipe (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

O potencial dos profissionais da TI que possibilitou as mudanças no prontuário eletrônico foi referenciado pelos participantes, bem como o profissional fisioterapeuta que foi essencial no processo de instituição da regulação da ortopedia. Os profissionais do NASF foram reconhecidos como capital social que contribuiu para maior integração entre os profissionais. Os profissionais identificados como competentes nas US foram essenciais para implantar a ação inovadora munidos de conhecimento, capacidade de liderança, de formação de opinião, proativos, dentre os quais estavam profissionais de outros setores, gestores subordinados que atuavam junto ao diretor na mesma linha gerencial, além das ASL.

A preceptoria médica na residência, desenvolvida na APS e sua atuação na implementação de procedimentos médicos que aumentam a resolutividade na APS foi um ganho para a APS e pode ter contribuído na multiplicação dessas ações em outras US. Implantar e manter a residência médica e multiprofissional em saúde da família, que busca integrar a formação dos profissionais de saúde num contexto de trabalho, conforme relatado por Izecksohn et al. (2017), é um desafio para todos os envolvidos, especialmente preceptores, tutores e gestores. Ao descrever a experiência de três

programas de residência médica do Rio de Janeiro e o desenvolvimento dos preceptores, Izecksohn et al. (2017) confirmam a importância da residência como da formação continuada dos preceptores o que fortalece a APS alinhada aos princípios do SUS.

Conclui-se que as equipes das US são reconhecidas como um grande potencial para mudanças no microambiente com o apoio do DS e do nível central. Léo e Tello-Gamarra (2017), ao analisarem o estado da arte da inovação de serviços, apontam para a importância de ter profissionais que estão à frente dos serviços e que sua maior ou menor motivação para inovar fará a diferença. Estes resultados emanam num contexto que considerou a interação entre profissionais e consumidores.

As lideranças comunitárias do Conselho Local foram citadas como importantes para a divulgação de ações inovadoras na comunidade, o que está de acordo com uma de suas atribuições e evidencia certa participação dos usuários por meio de seus representantes eleitos. No entanto, a participação efetiva do usuário no processo de mudança, e não somente na divulgação de ações inovadoras para a comunidade, seja pela representatividade no CL ou não, não foi evidenciada. Miwa, Serapioni e Ventura (2019) estudaram os CL de Ribeirão Preto e constataram sua invisibilidade, a necessidade de maior participação social e apontam para algumas alternativas para o CL sair do anonimato, tais como a capacitação dos membros do CL e dos profissionais assistenciais das US, maior integração entre os CL e os Conselhos Municipais de Saúde, divulgação do trabalho realizado pelo CL e formas de facilitar a identificação dos representantes do CL para os usuários.

Os profissionais e gestores não expressaram uma participação significativa dos usuários no processo inovador, citado anteriormente. Algumas ações incluíram voluntários, embora não tenha sido a comunidade local, a exemplo, na ação de combate à dengue. Esses voluntários são considerados capital social. A participação da comunidade é afirmada e reiterada em diversos documentos oficiais como a Lei nº 8.080/90, Lei nº 8.142/90, entre outras (CURITIBA, 2013a), além da PNAB (BRASIL, 2017).

Permanece a incumbência gerencial para empoderar o usuário. Ao explorar as ações inovadoras relatadas pelos participantes dessa pesquisa, enfatizam muito a 'venda da ideia' por parte da gestão e a 'compra da ideia' pelos trabalhadores e a publicação da ação para os usuários, o que não evidencia sua participação efetiva. Os conselhos locais já citados como apoiadores na implantação da inovação e

considerados um dos caminhos para o exercício da cidadania (BRASIL, 2013a) não deixam de ser uma participação da comunidade, já que são compostos também por representantes das organizações do território.

No entanto, Costa (2016) afirma que a passividade do usuário na participação de uma inovação é histórica, portanto, essa mudança é um desafio, conforme destacam Busana, Heidemann e Wendhausen (2015) ao analisarem os limites e potencialidades da participação popular nos Conselhos Locais de Saúde. Afirmam que o empoderamento da comunidade pode ser impulsionado pela adoção do processo pedagógico libertador que Paulo Freire propôs e que cabe à gestão o incentivo e abertura para a participação da comunidade.

Hämel et al. (2018) apresentam a organização da APS brasileira com o objetivo de divulgar experiências internacionais, a fim de contribuir com os desafios que a Alemanha tem na assistência à saúde. Citam a perspectiva coletiva na qual é desenvolvida a APS brasileira e a importância de promover a participação dos usuários de forma democrática para a qual necessita ser empoderada. No entanto, o processo de consolidação dessa prática ainda é um desafio para a gestão pública brasileira.

A **dimensão singular**, relacionada ao âmbito do indivíduo, estava presente ao expressarem a diferença que determinado profissional fez para a implantação da ação inovadora. O grau de envolvimento dos profissionais varia, por isso a identificação das pessoas-chaves é importante.

Vários gestores citaram o zelo que tiveram na definição do profissional, enfermeira ou técnica de enfermagem, além do 'perfil profissional' para o atendimento dos usuários que agendaram pelo aplicativo: que fosse atento à queixa e comprometido para não agendar uma consulta médica sem necessidade. Cecílio e Reis (2018) apontam fragilidades na atuação dos gestores, enfermeiros, médicos e dentistas ao discorrer sobre os desafios da atenção básica na atualidade. Na discussão referente ao capital social da APS para maior resolutividade, os autores citam a falta de perfil e qualificação dos trabalhadores para implantá-la da forma que foi idealizada e expressa pela PNAB, e que é sempre desafiador ter atores competentes para implantar a política pública. Experiência e iniciativa individual potencializam a mudança significativa que caracteriza a inovação. Um dos desafios é identificar esses profissionais que têm potencial para serem agentes de mudança e inovação (WEATHERFORD; BOWER; VITELLO-CICCIU, 2018).

Conclui-se que o capital humano contemplou profissionais de diferentes categorias, no entanto, os participantes ressaltaram o papel da ASL e das enfermeiras assistenciais como pessoas-chaves em muitas ações implantadas. Portanto, justifica ainda mais o investimento e a valorização das enfermeiras, tanto na sua atuação gerencial, como assistencial.

6.3.1.2.2 Liderança

A seguir, a liderança, o segundo recurso organizativo, será analisada a partir da identificação das falas que remeteram a líderes e suas atribuições para implantar a ação inovadora. As dimensões particular e singular se entrelaçam na análise. Ambas foram identificadas, a particular numa perspectiva da liderança formal, principalmente da ASL e a singular, na liderança no espaço micropolítico do trabalho.

Bravo-Ibarra e Herrera (2009) afirmam que vários autores relacionam a liderança com grupo, influência e meta. Os dois primeiros, grupo e influência, foram evidenciados amplamente nas falas dos participantes dessa pesquisa. A liderança na implantação de uma ação inovadora se dava no contexto de um grupo, profissionais de saúde das US, dos DS e até na APS como um todo. Essa influência do líder foi relatada como atribuição, quando precisavam vender a ideia, ou seja, buscar a adesão e o comprometimento do grupo para contribuir na implantação e sustentação da ação inovadora.

Destaca-se a centralidade do grupo, representado por usuários, considerado o foco ampliado das inovações relatadas, embora numa visão gerencial, o foco esteja na busca por soluções para os problemas no âmbito da US, ou de forma geral, da APS. Falas relacionadas às metas não foram evidenciadas com tanta clareza, no entanto, não se pode afirmar que inexistem. Um dos motivos dessa lacuna pode ser a sua relação com a avaliação da ação implantada, que não foi objeto desta pesquisa.

A liderança institucionalizada, caracterizada como uma **dimensão particular**, foi reconhecida na atribuição de implantar uma ação inovadora a partir da iniciativa da SMS, o aplicativo, o acolhimento, dentre outras ações. Essas implantações iniciadas pelos DS tiveram a liderança distrital e local como protagonistas, no entanto, a ASL, gestora local, foi ressaltada como importante líder do processo inovador.

Enfermeiras e outros profissionais também foram mencionados como líderes de acordo com o seu campo de atuação local ou num âmbito maior. Embora vários

participantes tenham expressado a participação da equipe no processo decisório, um profissional apontou a falta de oportunidade de participação dos profissionais das US para as devidas adequações do processo, sendo este visto como algo imposto sem estar alinhado ao processo de trabalho já instituído na US. Liderar de forma transformacional continua sendo um desafio para os gestores na atualidade.

As características dos líderes, o conhecimento e/ou a experiência profissional, foram decisivos para auxiliar no processo de implantação de uma ação, desde o planejamento até sua sustentação. O desafio evidenciado para os líderes foi de mobilizar para a mudança para que houvesse a criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento no contexto da APS. Ser líder ativo, que vá de encontro às exigências da sua equipe e desenvolva as competências necessárias para a tomada de decisão (PEREIRA; COSTA; BORGES, 2017) são desafios na gestão no contexto da APS.

Os participantes identificaram líderes incumbidos do processo de implantação e ajustes, tanto de ações inovadoras inseridas no plano de governo, como ações de interesse distrital e local. Muitas falas remetiam à importância e o domínio do conhecimento específico e necessário dos gestores para a implantação da ação e de sua responsabilidade na implantação, caracterizadas pelas ações relacionadas a vender a ideia, negociar com a equipe, implementar a mudança e mantê-la. Essas atribuições foram identificadas por QUINN et al. (2015) que relaciona as competências necessárias para promover a mudança e estimular a adaptabilidade, já citadas anteriormente.

A liderança na criação do aplicativo foi intersetorial, citada pela gestora de nível central, no entanto, sua implantação em 111 US do município que envolveu principalmente as equipes de enfermagem e de odontologia evidenciou a liderança da ASL como importante recurso organizativo na implantação do aplicativo. Teve que mobilizar e articular a equipe a fim de compreender e aceitar essa nova tecnologia que possibilita a ampliação do acesso dos usuários à assistência na US e a informações. Naguib e Naem (2018) estudaram a liderança transformacional na inovação organizacional e concluíram que o apoio da alta gestão é fundamental para iniciar o processo de implantação da ação inovadora. Vários participantes, ao relatarem sobre a liderança, mencionaram a importância do nível central da gestão, seu apoio na implantação de uma ação inovadora institucionalizada, que partiu deste nível gerencial.

A importância de identificar os formadores de opinião e aproveitar as ideias de pessoas do meio externo e que se inserem na equipe, como os residentes, foi sinalizada. O líder tem esse papel de identificar os formadores de opinião a fim de potencializar o processo de inovação, além disso, o conhecimento compartilhado pelos membros da equipe e discutido anteriormente promove a capacidade inovadora da organização. Uddin, Fan e Das (2017), num estudo desenvolvido em organizações em Bangladesh, confirmam esse papel do líder, de dar espaço para que o conhecimento dos membros da equipe da organização seja compartilhado e utilizado para que a gestão do conhecimento e a aprendizagem organizacional sejam fomentadas pela liderança transformacional e resulte em inovação.

A liderança das ASL para implantação das práticas integrativas foi identificada. Tiveram a função de dar o suporte necessário, porém os profissionais inovadores é que lideraram sua instituição. Líderes experientes e proativos foram identificados nas ações inovadoras relacionadas à vigilância sanitária bem como o envolvimento do Conselho Local e do DS, identificado como mediador entre a gestão do nível central e a US.

Líderes competentes foram caracterizados pela experiência e conhecimento, que inclui a **dimensão singular**. A ênfase foi na ASL que tem esse contato direto com a equipe de trabalho na assistência, além das enfermeiras que foram mencionadas como líderes da implantação do processo de trabalho para realizar o acolhimento, organização das agendas e o fortalecimento e/ou instituição da consulta de enfermagem, como citado no primeiro recurso organizativo analisado. Ressalta-se que no processo formador da enfermeira, a liderança no trabalho em equipe multiprofissional é reconhecida como uma competência necessária para o exercício da profissão, segundo as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem (BRASIL, 2001).

Peruzzo et al. (2018), num estudo sobre os desafios de trabalhar em equipe na ESF, citam o reconhecimento da enfermeira como líder e mediadora. Estas atribuições contribuem para maior cooperação da equipe, fato esse confirmado por vários participantes. Ressalta-se que a grande maioria de ASL são enfermeiras que assumiram um cargo na gestão local, como também distrital, nas diferentes coordenações descritas anteriormente.

Algumas ações inovadoras foram implantadas a partir do conhecimento empírico do profissional e de sua iniciativa, no entanto, foi relatada a importância do

conhecimento científico do líder, como principal característica ao citar o fisioterapeuta como precursor da regulação da ortopedia na SMS. Oliveira et al. (2017), ao analisarem o uso de ferramentas gerenciais pelos enfermeiros da APS, alertam para a importância de que a prática gerencial seja crítica e reflexiva e não fundamentada exclusivamente no conhecimento empírico.

Considerando que o enfermeiro executa o papel de líder no contexto da APS, seja na assistência ou na gerência, na educação, na sua atuação política e de pesquisa, e que tem assumido cargos de gestão em diferentes esferas públicas, recomenda-se investir no desenvolvimento de competências a fim de que sua atuação contribua efetivamente para que as políticas públicas sejam executadas no atendimento às necessidades da população.

Face à esta necessidade, a campanha internacional *Nursing Now Global* (CRISP; IRO, 2018) poderá ser um impulsionador. Um dos focos é a mobilização dos governos e organizações a fim de compreender e valorizar o impacto do trabalho da enfermagem, além do reconhecimento da centralidade das enfermeiras na melhoria da saúde das pessoas e no desenvolvimento dos profissionais enfermeiros em relação à liderança, que ultrapassa os níveis locais de gestão para alçar cargos nos quais tenha maior influência e visibilidade. No entanto, essa campanha terá maior impacto se a mobilização da enfermagem ocorrer em todos espaços, nas organizações de saúde, organizações de classe, nos espaços políticos, sociais e econômicos.

Diante da importância da liderança no gerenciamento das organizações, Munari et al. (2017), enfermeiras de formação, docentes em processo de aposentadoria e discentes de um programa de doutorado, alertam para a crise nacional e internacional na liderança da enfermagem. Afirmam que urge a necessidade de investir no processo sucessório diante da fragilidade da liderança que ora se instala, no entanto, tem um potencial de formação a partir de lideranças experientes. Recomendam a integração entre as gerações para que a formação de líderes emergentes se beneficie das gerações anteriores e, assim, haja continuidade e uma projeção otimista para o futuro da liderança da enfermagem, onde quer que atue.

Frente a essa constatação faz-se necessário que a SMS busque estratégias que promovam esse processo sucessório que foque nas ASL, já que são evidenciadas como líderes em potencial para gerenciar a implantação de ações inovadoras na APS

6.3.1.2.3 Cultura

De acordo com o referencial teórico adotado, a cultura é um dos recursos organizativos necessários para a capacidade inovadora da organização, portanto, serão analisados aspectos relacionados a este recurso.

A SMS do município pesquisado é formada por um número expressivo de US, DS e vários departamentos relacionados à APS, caracterizados por diferentes contextos e culturas que favorecem mais ou menos a criação de novas ideias. No entanto, os dois últimos planos municipais de saúde analisados (CURITIBA, 2019b) incluem ações inovadoras a serem implantadas que caracterizam mudanças para ampliar o acesso, aprimorar a organização do processo de trabalho, qualificar a assistência, realizar o monitoramento da saúde da população, aprimorar o controle social, de informação e estrutura, além da valorização do trabalhador, o que tem como pressuposto uma organização capaz de inovar.

Ao analisar os dados relativos à capacidade inovadora, na **dimensão particular**, evidenciam-se iniciativas institucionais do nível central e distrital que fomentam a criação e/ou a absorção de ações inovadoras, bem como as de nível local com a participação dos profissionais na elaboração e execução do plano inovador específico que mobilizou a equipe envolvida no atendimento desses usuários.

Na APS há uma lacuna de conhecimento sobre a cultura organizacional, conforme um estudo bibliométrico realizado referente à publicação brasileira de pesquisas na área da saúde (FONSECA et al., 2018).

Fernandes et al. (2015) apontam para a importância de compreender a relação entre a cultura e a inovação para que a implantação de uma ação tenha o resultado esperado. Referem que precisou de tempo para que o desenvolvimento e implantação da ação inovadora fosse concretizada e institucionalizada, no entanto, evidenciaram que a organização possibilitou a criação de novas ideias caracterizadas como uma ação inovadora que repercutiu no processo de integração interprofissional, necessária na APS.

Participantes relataram a presença de profissionais resistentes à mudança, por outro lado, vários relatos evidenciaram a abertura para ações inovadoras pelas equipes. Conforme descrito anteriormente, a cultura está relacionada ao comportamento dos integrantes da organização. A resistência das equipes quanto à implantação da nova tecnologia, o aplicativo, bem como de outras ações é expressa

por vários participantes, o que aponta para fragilidades nos diversos contextos. No entanto, não excluiu a adesão das equipes com sugestões para ajustes necessários, além do seu engajamento para a divulgação do uso do aplicativo e a reorganização do processo de trabalho necessária em várias ações.

Quinn et al. (2015) afirmam que há várias razões que levam à resistência da mudança, que inclui uma cultura organizacional na qual a tradição é valorizada, mas também pode ser baseada no fato da organização ter uma limitação de recursos e padronização de rotinas. Fatores interpessoais, receio de perdas financeiras ou de atuação, ou aumento de serviço, como foi citado por profissionais da enfermagem, com o agendamento pelo aplicativo, podem causar resistência. Portanto, é recomendado que o gestor busque compreender os motivos da resistência e considere-os no planejamento e na implementação da ação inovadora.

O'Reilly, Chatman e Carldwell (1991), referenciados por Bravo-Ibarra e Herrera (2009), analisaram a influência de valores e expectativas dos funcionários na interação com a organização. Afirmam que para o indivíduo estar satisfeito e vinculado à organização, além de ter competência técnica, seus valores pessoais devem estar alinhados aos valores da organização. Para tal, ele busca uma organização que se assemelha ao seu perfil pessoal. No entanto, há de avaliar se os indivíduos que buscam a organização pública seguem esta mesma lógica. Alguns participantes remeteram à característica apontada por usuários de que o serviço público seria de má qualidade e burocrático, o que leva ao questionamento se esse conceito negativo interfere na escolha de integrar uma equipe do serviço público.

A resistência do usuário também foi apontada. Ao contrário dos profissionais que, embora tenham manifestado resistência, participaram da elaboração e implantação de ações inovadoras, não se evidencia a participação do usuário na criação e/ou absorção da ação inovadora, exceto pelo apoio e incentivo do Conselho Local ou Distrital numa ação já planejada, como citado anteriormente. Esse fato já foi evidenciado numa revisão sistemática de Voorberg, Bekkers e Tummers (2015) sobre a participação do cidadão na inovação social no setor público. Os estudos apontam dificuldades da organização pública em se comunicar com os usuários, resistência em aceitar o cidadão como um participante e falta de clareza de que possa contribuir na melhoria do serviço.

Carnut e Narvai (2018) afirmam que a característica das pessoas na contemporaneidade é de se afastar dos outros ou da dificuldade de gerar mudanças,

portanto, a participação social é mais difícil. Os autores desafiam a buscar formas inovadoras dessa participação social na gestão, considerando a mídia eletrônica como uma possibilidade.

A inovação visa gerar benefícios para quem a utiliza (BERGUE, 2019). No entanto, se a cultura organizacional das diferentes equipes não é dar resolutividade a um problema instalado e que afeta a assistência ao usuário, inovações como as relatadas vão gerar desconforto e resistência por essas equipes ou profissionais. Portanto, a resistência em diferentes contextos de inovação pode estar relacionada aos diferentes modelos assistenciais adotados ou predominantes na prática assistencial.

Segundo Fertoni et al. (2015), esses diferentes modelos assistenciais foram criados, dentre eles, o biomédico, ainda muito presente. No entanto, a ESF tem o potencial de mudar esse paradigma para um modelo voltado às necessidades de saúde. Alguns desafios ainda não foram vencidos, dentre eles, o trabalho interdisciplinar, a integralidade da assistência, a formação profissional para atuação nessa proposta e a superação das más condições de trabalho.

Krasnicka, Glod e Wronka-Pospiech (2018) afirmam que a cultura pode contribuir para buscar soluções ou absorvê-las do meio externo, bem como os profissionais aceitarem a inovação como intrínseca à organização. Numa revisão sistemática, TIAN et al. (2018) apontam para a importância da cultura de aprendizagem para favorecer a inovação. A organização que desenvolve essa cultura que inclui a absorção do conhecimento, interpretação e mudança de comportamentos, terá maior facilidade para inovar. Evidenciam que um ambiente amigável, que instigue a criatividade dos funcionários, também contribuiu para a inovação. Estas características foram citadas, no entanto, cada US desenvolve uma cultura específica caracterizada por maior ou menor resistência para inovação.

A falta de conhecimento que envolve a ação inovadora por parte dos funcionários, e a concentração desse conhecimento somente na gestão, interfere na aceitação por parte dos profissionais, principalmente os distantes da gestão, a qual idealizou ou iniciou a implantação (SCHERTLIN, 2018). Portanto, a resistência de certos profissionais ou da equipe como um todo pode sinalizar uma cultura frágil voltada à inovação, no entanto, um estudo específico para analisar esse comportamento na organização poderá ampliar a compreensão desses dados.

Na **dimensão singular**, alguns participantes relataram que a partir de uma boa interação entre profissionais, e principalmente, do vínculo com pessoas-chaves na US, líderes formais ou informais, criaram ou absorveram novas ideias sem resistência, e assim facilitaram o processo de inovação já discutido no recurso da liderança. Ao referenciar ações de ampliação do acesso, reorganização das agendas e implantação da consulta de enfermagem, mesmo com resistência de alguns funcionários, houve colaboração.

A cultura organizacional tem uma influência significativa na inovação, evidenciada por meio de um estudo referente à uma reforma nacional de saúde na Suécia, na atenção primária. Uma cultura orientada para a aprendizagem que inclui a liderança organizacional, a colaboração, a capacidade de adaptação e medições de desempenho contribuem para a inovação (AVBY; KJELLSTRÖM; BÄCK, 2019), características evidenciadas na atual pesquisa, com exceção das medições de desempenho.

Não se pode afirmar que a organização é caracterizada por uma cultura homogênea, mas diferentes culturas criadas, mais ou menos abertas para novas ideias, dependendo do espaço analisado. Esse fato remete a estudos que analisem essas diferentes culturas para detectar os fatores que favorecem ou impedem o desenvolvimento de uma cultura organizacional que contribua para a capacidade de inovação.

6.3.1.2.4 Estrutura e sistemas

A estrutura e sistemas é um dos recursos organizativos para sustentar os quatro processos, a criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento, que resultam na capacidade de inovação.

Na **dimensão estrutural**, os participantes referem o apoio externo para a criação do aplicativo, bem como a aquisição do software OneTouch para monitoramento da glicose dos usuários ao utilizar o glicosímetro em domicílio. A maioria das informações relacionadas à estrutura e sistemas refere à **dimensão particular**, quanto às suas iniciativas de investimento financeiro para adquirir insumos a fim de implantar a inovação. Os participantes identificaram potencialidades para a integração do conhecimento e sua flexibilização, bem como fragilidades estruturais que dificultavam a integração do conhecimento.

O aplicativo Saúde Já Curitiba foi idealizado pela gestão municipal que ingressou em 2017. Participantes relataram a importância de que sua implantação fosse bem-sucedida pois, fazia parte do plano de governo e havia investimento financeiro da instituição. Para a criação dessa ferramenta tecnológica, a SMS teve o apoio do Instituto das Cidades Inteligentes (ICI) (CURITIBA, 2019h), bem como setores da própria SMS que contribuíram para que o aplicativo existisse, além do aprimoramento do sistema informatizado da SMS e sua integração com a rede assistencial para a regulação dos encaminhamentos para diversas especialidades, conforme relatos dos participantes.

Segundo De Negri (2018), a tecnologia de informação é uma ferramenta para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, o que é constatado pelo uso do aplicativo. A autora relata várias possibilidades de uso de aplicativos pela população. Aponta para as dificuldades estruturais nos serviços para a coleta e armazenamento das informações, no entanto, os participantes relatam poucas fragilidades quanto à ineficiência do sistema informatizado, internamente. Citam as limitações do sistema informatizado para integrar todos os prestadores de serviços à SMS e as informações necessárias para realizar a regulação, como exemplo, a dermatologia que implica em envio de imagens para análise, o qual uma gestora considerou um desafio no processo de inovação de maior complexidade.

Em relação à regulação para consultas de especialidades, a experiência em Florianópolis quanto à tele dermatologia, que consiste em ações diagnósticas, de regulação para a consulta especializada e de EPS na área de dermatologia, iniciada em 2015, resultou em significativa redução de tempo de espera, diminuição dos encaminhamentos e ampliou a qualificação dos profissionais da APS (FERREIRA et al., 2019), uma iniciativa que teve apoio intersetorial, tanto da Secretaria do Estado de Santa Catarina como da Universidade Federal de Santa Catarina.

Von Wangenheim e Nunes (2018) descrevem sua implementação e inferem que contribuiu para maior resolutividade da APS e consequentes vantagens para muitos usuários, dentre as quais, agilizar o acesso a outro nível de atenção e em muitos casos, não precisar se deslocar para outro município para uma consulta com o especialista. Essa ação inovadora necessitou infraestrutura e capacitação de recursos humanos, portanto, evidenciou a importância de uma estrutura institucional que apoia essa ação inovadora.

A falta de estrutura física e de recursos humanos para aprimorar o acolhimento expresso pelos participantes são fragilidades apontadas. O dimensionamento de recursos humanos foi apontado como uma ação inovadora da SMS que contribuiu para fundamentar a prática profissional de quem atuava na gestão de pessoas, no entanto, expressaram que não foi consolidado na prática, com recursos humanos suficientes em cada turno de trabalho. A importância do tema tem sido evidenciada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) com a divulgação dos parâmetros para dimensionar os profissionais de enfermagem nos locais em que são realizadas atividades de enfermagem (COFEN, 2017).

Bergue (2019) aponta para um aspecto do dimensionamento mais amplo do que o quantitativo, afirma que há necessidade de avaliá-lo no seu âmbito qualitativo. Ferreira, Périco e Dias (2018), numa reflexão referente ao trabalho do enfermeiro na APS, referenciam vários estudos em sua revisão de literatura que apontam para dificuldades e limites da prática do enfermeiro. Estas incluem a falta de recursos humanos de diferentes áreas e a falta de materiais e equipamentos citadas como fragilidades nesta pesquisa. A falta de recursos humanos, além da aplicação do redimensionamento realizado, requer de uma análise relacionada à reorganização do processo de trabalho, das atribuições definidas e executadas para cada profissional a fim de detectar possíveis fragilidades e que podem ser enfrentadas sem necessariamente depender do redimensionamento, remanejamento ou contratação de recursos humanos.

Pires et al. (2019) fizeram uma revisão integrativa sobre a publicação de estudos de gestão na APS, no período de 2006 e 2016 que evidencia semelhanças com os dados desta pesquisa, como déficit de recursos humanos, de materiais e de acesso aos serviços. Esses estudos apontam para a importância de reestruturar a APS, novos métodos de reorganização e até novas políticas públicas relacionadas à melhoria do atendimento ao usuário.

As reformas realizadas, equipamentos adquiridos, apoio do NASF, SMS aberta para a inovação, estrutura de apoio como os consultórios para as enfermeiras são apontadas como potencialidades nas ações inovadoras. Em um estudo sobre inovação na prática assistencial do enfermeiro, Lowen et al. (2017) evidenciaram a importância da estrutura física para a implementação e/ou sustentação da consulta do enfermeiro. No entanto, ao relatar sobre a residência médica, uma profissional referiu

que cedia seu consultório quando necessário, o que pode ser uma fragilidade para a atuação e visibilidade da enfermeira.

Ao analisarem os resultados numa **dimensão singular**, própria do profissional assistencial ou gestor, vários participantes relataram que arcaram com alguns investimentos necessários, como materiais e alimentação para que a implantação da ação inovadora ocorresse com êxito. Citaram como exemplos uma ação coletiva para as mulheres, a implantação do programa de qualificação da APS – APSUS, as práticas integrativas como a auriculoterapia e a acupuntura, o que evidencia um alto envolvimento dos profissionais. Friedrich et al. (2018), ao pesquisarem as motivações de profissionais e usuários para ações grupais, evidenciaram o vínculo, laços afetivos, o conhecimento, o empoderamento do usuário e o impacto no usuário como principais achados. Características pessoais possivelmente também influenciarão na motivação individual.

Na perspectiva gerencial pode-se concluir que a enfermeira busca adaptar a estrutura às necessidades, com criatividade sem prejuízo para sua assistência. Lacerda (2018), numa reflexão sobre a valorização e visibilidade da enfermeira e que tem como referência a campanha internacional *Nursing Now Global*, que busca fortalecer e empoderar as enfermeiras, refere que além das competências necessárias para cuidar, é necessário que as enfermeiras mostrem sua capacidade de articulação e proatividade que está imbuída na dimensão política da profissão. Essa necessidade perpassa sua atuação em todas as áreas e dimensões do trabalho, tanto assistencial, gerencial, educacional, como de pesquisa. Portanto, há de exercitar a dialética na análise das ações das enfermeiras, tendo a valorização e visibilidade como características a serem almejadas por meio de cada ação, o que demanda reflexão, autocrítica e a mobilização individual e da classe profissional como um todo.

A residência médica e multiprofissional que foi implantada na SMS a partir do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, na perspectiva de contribuir com a EPS a fim de melhorar as competências e qualificar as práticas em saúde (CURITIBA, 2019b), foi citada por alguns participantes como fator fortalecedor na ampliação da carteira de serviços da APS. A residência favoreceu a ampliação de procedimentos médicos como pequenas cirurgias, cauterizações, dentre outros que não eram realizados rotineiramente na APS, mas que a gestão municipal estava implantando e que tinha a resistência e o despreparo de muitos profissionais como barreiras. Citaram a importância da articulação entre preceptor e ASL para a continuidade do programa de

residência na US e sua contribuição, o que culminou na melhoria na assistência à saúde da população. A ampliação de procedimentos médicos dependeu do fornecimento de material e equipamentos pela organização, no entanto, não foi imposto. Evidenciou a falta de adesão em determinadas US que pode indicar a falta de competências e interesse em ampliar sua carteira de serviços na US.

Pinto e Giovanella (2018), ao analisarem os efeitos da ESF nos últimos 20 anos, afirmam que a residência contribuiu na qualificação dos profissionais de saúde, na ampliação do acesso e na redução das internações por condições sensíveis à atenção básica e consequente redução de gastos. Recomendaram manter o aprimoramento dos integrantes da ESF para contribuir na promoção da saúde da população brasileira, bem como no acesso à assistência. No entanto, apontam para a ameaça e fragilidade que a APS se encontra pelas mudanças na PNAB (BRASIL, 2017) que comprometem o trabalho da equipe de saúde da família e os atributos da APS, como a longitudinalidade e coordenação do cuidado, propostos anteriormente por Starfield (2004).

Macinko e Mendonça (2018) afirmam que a concentração da ESF está nos locais de maior pobreza e que um dos desafios é incluir a classe média no sistema. O SUS tem como princípio a universalidade, no entanto, ainda é um desafio a priorização do sistema público pelo próprio governo, visto que também é um forte apoiador do sistema de saúde privado e os cortes de gastos com a saúde pública não contribuiu para a valorização e melhoria do SUS. Apontam para a importância desse sistema público ser defendido por toda sociedade brasileira. Esta militância inclui as classes além das mais vulneráveis.

Mudanças na gestão e na política podem interferir negativamente no processo inovador. Várias ações apontam para essa insegurança e até à descontinuidade do processo, como citado referente à ampliação do acesso por meio da implantação do acolhimento e o dimensionamento de pessoal, respectivamente. Resende Júnior, Guimarães e Bilhim (2013a), ao analisarem as organizações públicas brasileiras e portuguesas, citam a descontinuidade dos projetos que incitam a inovação como um fator dificultador do processo.

O recurso organizativo estrutura e sistemas foi identificado na APS por meio dos relatos referentes aos sistemas informatizados e apoio nessa área, relacionados à estrutura física, a residência médica e apoio distrital para sustentar a capacidade inovadora. No entanto, estrutura física e de material, mudanças de gestão e nas

políticas públicas, recursos humanos insuficientes foram apontados como fragilidades.

6.4 LIMITAÇÕES

As limitações desta pesquisa consistem em não poder generalizar esses resultados para o serviço público, especificamente na APS.

A EOI foi aplicada pela primeira vez numa organização pública de saúde, portanto, não se tinha um valor de referência para comparação do resultado.

A falta de compreensão de alguns itens da EOI que poderia ter sido eliminada com a adaptação do instrumento junto à amostra, o desconhecimento do contexto da APS, a falta de confiança no sigilo das informações, dentre outros motivos, podem ter interferido nas respostas e não refletir no real posicionamento do participante.

O roteiro para a entrevista semiestruturada, elaborado para análise da capacidade inovadora da organização pode ter limitado os resultados de alguns processos e recursos organizativos do modelo conceitual adotado para essa pesquisa.

7 CONCLUSÕES

A aplicação da Escala de Orientação para Inovação na APS é inédita e a análise dos itens dos dois fatores da escala revelou potencialidades e limitações na gestão da inovação na atenção primária do município pesquisado, bem como poderá contribuir na validação dessa escala num outro contexto.

As médias dos dois fatores da EOI evidenciaram melhores resultados no que concerne ao ambiente de estímulo à aprendizagem no qual o gestor local tem maior autonomia na gerência. Os itens com as maiores médias do fator mencionado apontam para a existência de espaços de compartilhamento e educação permanente em saúde, necessários e contemplados nas políticas públicas. Sua repercussão em experimentar novas formas de realizar as tarefas, item com uma das menores médias do fator, pode indicar alguma fragilidade nessa relação. Portanto, recomenda-se uma análise mais ampla para constatar as lacunas nessa integração.

O item relacionado à abertura para receber críticas, avaliado com uma média baixa em relação aos demais itens do fator relacionado ao ambiente de estímulo à aprendizagem, requer intensificação no desenvolvimento de competências relacionadas à gestão de pessoas.

Os itens com as maiores médias do fator gestão de competências e monitoramento do ambiente externo estão relacionados ao meio externo; quanto à participação do usuário, por meio do tratamento sistematizado de reclamações e sugestões. Esta participação evidencia avanços significativos na inserção do usuário na gestão. Recomenda-se buscar estratégias inovadoras para ampliar e intensificar sua participação a fim de alcançar a efetividade.

O item relacionado à contratação de profissionais para atender necessidades futuras teve a menor média de todos os itens analisados, portanto, implica numa avaliação dos desdobramentos dessa fragilidade apontada. Inclui a avaliação da qualidade da assistência prestada, a saúde do trabalhador, a sustentação do sistema numa perspectiva política, social e econômica, dentre outras. Quanto a outras modalidades de contratação adotadas na APS do município pesquisado, alternativas ao regime estatutário, e que têm sido ampliadas, recomenda-se uma análise temporal no impacto gerencial e assistencial.

É importante destacar que a análise dos itens relevantes de cada fator contribuiu para que a gestão da atenção primária reconheça o quanto a organização

já é orientada para a inovação e para elaborar estratégias de ação para promover maior abertura para mudanças e novas ideias.

O COI calculado na atenção primária foi de 6,4. Poderá servir como valor de referência para estudos futuros na própria organização, bem como em outras que gerenciam a atenção primária.

A diferença significativa do COI mais alto dos gestores em relação aos profissionais de saúde é atribuída às características inerentes ao cargo, visto ter maior conhecimento sobre o modelo de gestão e uma visão mais ampla sobre os processos gerenciais da SMS. Sinaliza a importância da comunicação, transparência e desenvolvimento da gestão por competência, a partir dos itens apontados como frágeis, a fim de aprimorar a orientação para inovação na atenção primária.

Ao considerar a complexidade do serviço público, a atual situação política, econômica e social que impera e interfere na gestão do SUS, há de se considerar que o empenho de gestores nas diferentes esferas do governo e na gestão municipal poderá influenciar diretamente a gestão da inovação na atenção primária, seja no macro ou no microambiente de trabalho.

A análise da orientação para inovação gera valor para a elaboração e/ou implementação de políticas públicas que beneficiem a população.

Recomenda-se a realização de estudos de cálculo do coeficiente de orientação para inovação em outros contextos da atenção primária e a análise qualitativa de itens da escala de inovação para orientação para aprofundar a compreensão dos seus resultados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A pesquisa possibilitou a identificação de várias experiências inovadoras exitosas dos profissionais assistenciais e gestores que contribuíram para melhorar o processo de trabalho e a assistência ao usuário e que têm potencial para serem replicadas em outros contextos desta ou outra organização.

Possivelmente haja maior produção de conhecimento interno do que relatado nesta pesquisa, bem como de absorção, integração e reconfiguração do conhecimento que promove a capacidade de inovação na organização. Enfatiza-se a importância de que esse conhecimento transite pelos diversos níveis de gestão, bem como nos microespaços do trabalho, nas Unidades de Saúde, junto aos profissionais assistenciais, a fim de promover a capacidade inovadora da organização que amplie a abertura para a inovação.

A adoção da abordagem de métodos mistos demonstrou-se adequada para alcançar os objetivos da pesquisa, visto que a análise qualitativa elucidou aspectos da orientação para a inovação. A estratégia paralelo convergente permitiu uma análise independente dos dados quantitativos e qualitativos para melhor descrição e exploração e a convergência dos dados aprofundou a análise.

A utilização do referencial teórico do modelo conceitual da capacidade de inovação possibilitou a elaboração de meta-inferências que revelaram potencialidades e fragilidades na orientação da inovação na atenção primária.

O conhecimento tácito e explícito foi evidenciado na geração do conhecimento organizacional, embora o item referente à existência de ações de pesquisa e desenvolvimento na organização não tenha sido reconhecido como significativamente presente na organização, o que não exclui a sua existência. No entanto, ações de pesquisa e desenvolvimento poderão ser intensificadas e amplamente divulgadas a fim de potencializar o processo de criação do conhecimento.

A utilização de referenciais comparativos e experiências externas, além do conhecimento externo referente às políticas públicas e o conhecimento científico produzido, foi identificada na análise referente à absorção do conhecimento, o que aponta para uma organização orientada para inovação, que tem o meio externo como um dos seus potencializadores.

A integração do conhecimento ocorreu nos diversos espaços do serviço público, na atenção primária à saúde, pela partilha do conhecimento de forma

informal, ou formalmente, por meio de ações de qualificação promovidas institucionalmente para os funcionários. Estas ações potencializaram o processo de inovação.

Para a reconfiguração do conhecimento, a participação ativa dos funcionários foi uma das caracterizações evidenciadas. A EOI aponta para essa participação efetiva por meio da busca por soluções de problemas pelo grupo de trabalho e sua capacitação, pela educação permanente em saúde e outras estratégias. Na aplicação da EOI, o usuário foi evidenciado como um dos protagonistas para a orientação para inovação, pelas altas médias quanto ao tratamento de reclamações e sugestões dadas por eles. No entanto, ao analisar a capacidade inovadora, evidenciou-se a importância de sua participação ser mais efetiva.

Esses processos da capacidade inovadora foram sustentados pelos recursos organizativos, o capital humano, a liderança, a cultura e estrutura e sistemas. Dentre os dois primeiros, gestores locais e profissionais assistenciais, pessoas-chaves do processo inovador, foram os principais protagonistas das ações. Algumas falas referiram a presença da cultura inovadora em determinadas US e DS, bem como o fator impulsionador e motivador relacionado à estrutura e sistemas. No entanto, estes dois últimos recursos evidenciaram fragilidades para alavancar a capacidade inovadora.

O gerenciamento do processo inovador num ambiente de participação e integração dos profissionais assistenciais, gestores e usuários, tendo o apoio da organização dos diversos níveis de gestão, possibilitará a intensificação das ações inovadoras na atenção primária que agreguem valor à sociedade no contexto público.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a orientação para a inovação e a capacidade de inovação, o qual foi alcançado de forma gradativa ao detalhar e considerar os resultados das duas abordagens de forma convergente. Mediante o exposto, a análise da capacidade de inovação da APS e sua integração aos itens da escala de orientação para inovação possibilitou a confirmação da tese de que a capacidade inovadora apoia a orientação para a inovação da APS no município pesquisado.

Recomenda-se a adoção do modelo conceitual de Bravo-Ibarra e Herrera (2009) como referencial teórico para promover a capacidade de inovação nas organizações de saúde.

Considerando a escassez de pesquisas relacionadas à inovação na atenção primária, esta tese contribui com uma análise ampla do tema, a fim de evidenciar as lacunas e potencialidades da SMS do município pesquisado e aprimorar a capacidade de inovação e promover maior abertura para a inovação. Esta pesquisa serve de referência para a análise em outras organizações, podendo utilizar os dados gerados de forma comparativa e orientativa.

Os gestores locais e profissionais assistenciais, predominantemente enfermeiras, foram identificados como os líderes de maior influência no processo inovador da APS. Portanto, esta pesquisa contribui para confirmar a importância desta categoria profissional nos diversos níveis de gestão e na assistência, no contexto da atenção primária do SUS. O desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências gerenciais das enfermeiras, tanto no processo formativo na graduação como na pós-graduação e no contexto de atuação profissional, poderá contribuir para sua maior visibilidade e empoderamento.

Recomendam-se estudos relacionados à cultura organizacional para a inovação a fim de fomentar o seu desenvolvimento na APS.

Poucas pesquisas analisam o impacto das inovações na gestão da organização, portanto, recomenda-se que se desenvolvam estudos avaliativos que abordem essas temáticas.

Diante das limitações do envolvimento do usuário na gestão da inovação, recomenda-se que se busquem ações que promovam maior inserção do usuário como participante ativo do processo inovador na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

- ADONGO, P. B.; PHILLIPS, J. F.; AIKINS, M.; ARHIN, D. A.; SCHMITT, M.; NWAMEME, A. U.; TABONG, P. T.; BINKA, F. N. Does the design and implementation of proven innovations for delivering basic primary health care services in rural communities fit the urban setting: the case of Ghana's Community-based Health Planning and Services (CHPS). **Health Research Policy and Systems**, USA, v. 12, n. 16, p.1-10, Apr. 2014. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-4505-12-16?site=health-policy-systems.biomedcentral.com>. Acesso em: 20 out. 2017.
- AGUILAR-OLAVES, G.; HERRERA, L.; CLEMENZA, C. Capacidad de absorción: aproximaciones teóricas y empíricas para el sector servicios. **Revista Venezolana de Gerencia**, Maracaibo (VEN), v. 19, n. 67, p. 499-518, jul./set. 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29031856006>. Acesso em: 22 fev. 2018.
- ALLAN, H. T.; BREARLEY, S.; BYNG, R.; CHRISTIAN, S.; CLAYTON, J.; MACKINTOSH, M.; PRICE, L.; SMITH, P.; ROSS, F. People and Teams Matter in Organizational Change: Professionals' and Managers' Experiences of Changing Governance and Incentives in Primary CareEE. **Health Serv Res**, USA, v. 49, n. 1, p. 93–112, Feb. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3922468/pdf/hesr0049-0093.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Health-Coordenation: Building comprehensive Primary Health in Brazil. In: LABONTÉ, R.; SANDERS, D.; PACKER, C.; SCHAAY, N. (Ed.). **Revitalizing health for all: case studies of the struggle for comprehensive primary health care**. International Development Research Centre, Ottawa, Canadá, p. 255-266, 2017. Disponível em: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/56398/IDL-56398.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2017.
- ALMEIDA P. F.; SANTOS A. M. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p.1-12, Dec. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006602.pdf. Acesso em: 17 nov. 2017.
- ALVAREZ-PULIDO, K. L.; SERRANO-CÁRDENAS, L. F.; BRAVO-IBARRA, E. R. Innovación en salud: revisión de literatura Científica de la última década. **Dimensão Empresarial**, Colombia, v. 15, n. 1, p. 53-72, ene./jun.2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313282933_Innovacion_en_Salud_Revisión_de_Literatura_Científica_de_la_Última_Década_Health_Innovation_a_Revi

ew_of_the_Scientific_Literature_from_the_Past_Decade_Inovacao_em_Saude_uma_Revisao_da_Literatura_Cient. Acesso em: 20 set. 2019.

AQUILANTE, A. G., ACIOLE, G. G. Building a "Smiling Brazil"? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 82-96, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00082.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2017.

ASLANI, A.; ZOLFAGHARZADEH, M. M.; NAARANOJA, M. **Cent Eur J Public Health**. Prague, v. 23, n. 3, p.183–187, Sep. 2015. Disponível em: <http://apps.szu.cz/svi/cejph/archiv/2015-3-01-full.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

AVBY, G.; KJELLSTRÖM, S; BÄCK, M.A. Tending to innovate in Swedish primary health care: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, UK, v. 19, n. 42, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-019-3874-y>. Acesso em: 6 mai. 2019.

BÁSCOLO, E. P.; YAVICH, N.; DENIS, J. L. Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study. **BMC Family Practice**, USA, v. 33, n. 3, p. 207-218, Jun. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439347/pdf/cmw038.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2017.

BASS, B.M. From Transactional to Transformational Leadership - Learning to Share the Vision. **Organizational Dynamics**, Toronto (CAN), v. 18, n. 3, p. 19-31, 1990. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/009026169090061S>. Acesso em 20 fev. 2019.

BEKKERS, V.; TUMMERS, L. Innovation in the public sector: Towards an open and collaborative approach. **International Review of Administrative Sciences**. UK, v. 84, n. 2, p. 209-213, May 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020852318761797>. Acesso em: 31 out. 2018.

BEKKERS, V.; EDELENBOS, J.; STEIJN, B. **Innovation in the public sector**. New York: Palgrave Macmillan, 2011.

BERGUE, S. T. **Gestão de pessoas: liderança e competências para o setor público**. Brasília: Enap, 2019.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ in the view of workers who participated in the program in Region of Health of Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, apr./jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n117/en_0103-1104-sdeb-42-117-0408.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; MEDINA, M. G.; MARTINS, C. L.; ALMEIDA, P. F.; CAMPOS, E. M. S.; MOTA, P. H. S. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, p. e00099118, jun. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35s2/1678-4464-csp-35-s2-e00099118.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm > Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 09 nov 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília-DF, 28 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselhos de Saúde**: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) **Conass Informa**, n.192. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conass-informa-b-192-publicada-portaria-gm-n-2436-que-politica-nacional-de-atencao-basica-estabelecendo-revisao-de-diretrizes-para-organizacao-da-atencao-basica-no-ambito-do-sist/>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consulta pública para Carteira de Serviços da Atenção Primária**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/carteira_servico_da_APS_consulta_SAPS.pdf. Acesso em 6 set. 2019.

BRAVO-IBARRA, E. R.; HERRERA, L. Capacidad de innovación y configuración de recursos organizativos. **Intagible Capital**, Spain, v. 5, n. 3, p. 301-20, 2009. Disponível em: <https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/8132/102.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2017.

BROOKE-SUMNER, C.; PETERSEN-WILLIAMS, P.; KRUGER, J.; MAHOMED, H.; MYERS, B.; 'Doing more with less': a qualitative investigation of perceptions of South African health service managers on implementation of health innovations. **Health Policy and Planning**, USA, v. 34, p.132–140, Mar. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481285/pdf/czz017.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRUNO-FARIA, M. F.; FONSECA, M. V. A. Medidas de cultura de inovação e de cultura organizacional para análise da associação com inovação. **RAI**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 30-55, jul/set. 2014. Disponível em: revistas.usp.br/rai/article/view/100214/pdf_110. Acesso em: 22 abr. 2017.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Popular participation in a local health council: limits and potentials. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, apr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/0104-0707-tce-24-02-00442.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

CARBONE, P. P.; TONET, H. C.; BRUNO, J. R. S.; SILVA, K. I. B. **Gestão por competências**. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Controle social e avaliação de desempenho de sistemas de saúde em tempos de webcontrole. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 744-56, jul./set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/0103-1104-sdeb-42-118-0744.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2019.

CARVALHO, M. N.; GIL, C. R. R.; COSTA, E. M. O. D.; SAKAI, M. H.; LEITE, S. N. Needs and dynamics of the Primary Healthcare workforce in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 295-302, Jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/en_1413-8123-csc-23-01-0295.pdf. Acesso em: 04 set. 2019.

CASSIANI, S. H. B.; LIRA NETO, J. C. G. Nursing Perspectives and the “Nursing Now” Campaign. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, n. 5, p. 2351-2352, Sept/Oct. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/0034-7167-reben-71-05-2351.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.

CAVALCANTE, P.; CAMÕES M. Do the Brazilian innovations in public management constitute a new model. **RAI**, São Paulo, v. 14, p. 90-96, Jun. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rai/article/view/107563/129490>. Acesso em: 18 set. 2018.

CAVALCANTE, P.; CUNHA, B. Q. É preciso inovar no governo, mas por quê? In: CAVALCANTE, P. *et al.* (org.). **Inovação no setor público**: teoria, tendências e casos no Brasil. Brasília: Enap: Ipea, 2017. p.15-32.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. D. Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00056917v, Aug. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/en_1678-4464-csp-34-08-e00056917.pdf. Acesso em: 31 mai. 2019.

CHESBROUGH, H. W.; VANHAVERBEKE, W. WEST, J. Open **Innovation: Researching a New Paradigm**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

COHEN, W.; LEVINTHAL, D. Absorptive Capacity - A new Perspective on Learning and Innovation. **Administrative Science Quarterly**, New York (USA), v. 35, n. 1, p. 128-152, Mar. 1990. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/86e1/5fa0d6227e7867627d86580816c350f07b8c.pdf?_ga=2.233860446.1965627633.1573094140-1420253368.1563583318. Acesso em: 20 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Perfil da enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 3 set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 543, de 10 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 120, 8 maio 2017.

CONYER, R. T.; MARTINEZ, R. S.; ROSALES, R. M.; RINCON, H. G.; RIVERA, P. A. C.; LEE, E.; WAUGH, C.; GUAJARDO, L.; BELTRAN, B. T.; GONZALEZ, U. Q.; GALLARDO, L. S. Enablers and inhibitors of the implementation of the Casalud Model, a Mexican innovative healthcare model for non-communicable disease prevention and control. **Health Research Policy and Systems**, USA, v. 14, n. 52, p.1-12, Jul. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4957422/pdf/12961_2016_Article_125.pdf. Acesso em: 28 out. 2017.

COSTA, L. S. Innovation in healthcare services: notes on the limits of field research. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, p. e00151915, nov. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/1678-4464-csp-32-s2-e00151915.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

CRESWELL, J. W. CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRISP, N.; IRO, E. NURSING now campaign: raising the status of nurses. **The Lancet**, UK, v. 391, n. 10124, p. 920-921, Mar. 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30494-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30494-X/fulltext). Acesso em: 7 jul. 2019.

CROSBY, B.C.; HART, P.; TORFING, J. Public value creation through collaborative innovation. **Public Management Review**, Berne (SWI), p. 1-14, Aug. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/306923294_Public_value_creation_through_collaborative_innovation. Acesso em: 19 fev. 2019.

CRUZ, S. G.; FERREIRA, M. M. F. Knowledge management in Portuguese healthcare institutions. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 461-468, may/jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en_0034-7167-reben-69-03-0492.pdf. Acesso em: 3 jul. 2019.

CUBAS, M. R.; FAORO, N. T.; MOYSÉS, S. T.; CARVALHO, D. R. Evaluation of Primary Health Care: validation of an instrument to analyze the performance of services. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 471-485, Apr./Jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/en_0103-1104-sdeb-41-113-0471.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

CUNHA, B. Q.; SEVERO, W. R. Introdução. In: CAVALCANTE, P. *et al.* (org.). **Inovação no setor público**: teoria, tendências e casos no Brasil. Brasília: Enap: Ipea, 2017. p. 9-13. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/171002_inovacao_no_setor_publico.pdf. Acesso em: 26 out. 2018.

CUNHA, B. Q. Uma análise da construção da agenda de inovação no setor público a partir de experiências internacionais precursoras. In: CAVALCANTE, P. *et al.* (org.). **Inovação no setor público**: teoria, tendências e casos no Brasil. Brasília: Enap: Ipea, 2017. p. 43-57. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/171002_inovacao_no_setor_publico.pdf. Acesso em: 26 out. 2018.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **10 anos de PSF Curitiba**: a história contada por quem faz a história. Curitiba: [s. n.], 2002.

CURITIBA. Lei Municipal 13.663, de 21 de dezembro de 2010. Institui a Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES-CURITIBA), altera a Lei Municipal nº 7.671, de 10 de junho de 1991, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, nº 95, Ano 45, Curitiba, terça-feira, 21 de dezembro de 2010. Disponível em: http://feaes.curitiba.pr.gov.br/images/fundacao/arquivos/lei_13663.pdf. Acesso em: 7 set. 2019.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 155 que Institui o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de

Saúde - IVAB na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 55, 29 setembro 2017.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria. **Histórico da Secretaria**. Curitiba, 2019a. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/historico-da-secretaria.html>. Acesso em: 20 set. 2019.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria. **Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde**. Curitiba, 2019b. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/plano-municipal-de-saude-e-programacao-anual-de-saude.html>. Acesso em: 20 set. 2019.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria. **Relatório de Gestão**. Curitiba, 2019c. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/relatorios-de-gestao.html>. Acesso em: 20 mai. 2019.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Atenção Primária. **Instrução normativa da enfermagem**. Curitiba, 2019d. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Instrucao%20Normativa%20n%2002%20Enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria. **Ouvidoria do SUS Curitiba**. Curitiba, 2019e. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-basica.html>. Acesso em 31 out. 2018

CURITIBA. Lei Municipal nº 15507, de 18 de setembro de 2019. Altera a denominação e dá nova redação ao caput do art. 2º da Lei nº 13.663, de 21 de dezembro de 2010, que institui a Fundação Estatal de Atenção Especializada a Saúde. **Diário oficial da União**, nº 180 - ANO VIII, 19 de setembro de 2019f. Disponível em: http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/images/fundacao/arquivos/Lei%2015.507_2019%20-%20Feas.pdf. Acesso em 7 set. 2019.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Vigilância**. Curitiba, 2019g. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/>. Acesso em 19 nov. 2017.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Aplicativo Saúde Já Curitiba**. 2019h. Disponível em: <http://www.saudeja.curitiba.pr.gov.br/>. Acesso em: 3 mai. 2019

DAVILA, G.; VARVAQUIS, G.; NORTH, K. Influence of Strategic Knowledge Management on Firm Innovativeness and Performance. **Brazilian Business Review**, Vitória, v. 16, n. 3, p. 239-254, may/jun. 2019.

Disponível em: <http://bbronline.com.br/index.php/bbr/article/view/527/802>.

Acesso em: 14 abr. 2019.

DE NEGRI, F. As tecnologias da informação podem revolucionar o cuidado com a saúde? **Radar: tecnologia, produção e comércio exterior**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, v. 57, p. 31-33, ago. 2018. Disponível em:

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8614/1/Radar_n57_As_tecnologias.pdf. Acesso em: 3 mai. 2019.

DE SOUZA, B.; TAVARES, J.; PINTO GIRARD, C.; FERREIRA, I. Avaliação da Atenção Primária à Saúde em uma estratégia saúde da família no interior do Pará: Utilização do PCATool-versão Brasil. **APS EM REVISTA**, Pampulha, v. 1, n. 2, p. 112-120, maio/ago. 2019. Disponível em:

<https://apsemrevista.org/aps/article/view/24/23>. Acesso em: 15 fev. 2019.

DE VRIES, H.; BEKKERS, V.; TUMMERS, L. Innovation in the public sector: a systematic review and future research agenda. **Public Administration**, v. 94, n. 1, p. 146-166, Sept. 2015. Disponível em:

file:///C:/Users/Proprietário/Downloads/InnovationinthePublicSectorASystematicReviewandFutureResearchAgenda-FINAL.pdf. Acesso em: 25 out. 2018.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F.; MILES, I. Two decades of research on innovation in services: Which place for public services?. **Structural Change and Economic Dynamics**, UK, v. 27, p. 98-117, Dec. 2013. Disponível em:

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01133837/document>. Acesso em: 22 out. 2018.

DOBNÍ, C. B. Measuring innovation culture in organizations: The development of a generalized innovation culture construct using exploratory factor analysis.

European Journal of Innovation Management, UK, v. 11, n. 4, p. 539-59, Oct. 2008. Disponível em:

<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14601060810911156/full/html>. Acesso em: 20 fev. 2017.

DOIS, A.; BRAVO, P.; CONTRERAS, A.; SOTO, M. G.; MORA, I. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. **Rev Panam Salud Pública**, USA, v.42, e147, Set. 2018.

Disponível em:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49466/v42e1472018.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 9 out. 2018.

DOLNY, L. L.; LACERDA, J. T.; NATAL, S.; CALVO, M. C. M. Serviços de telessaúde como apoio à educação permanente na atenção básica à saúde: uma proposta de modelo avaliativo. **Interface**, Botucatu, v.23, p. e180184, jul. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180184.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

DONAHUE, K. E.; HALLADAY, J. R.; WISE, A.; REITER, K.; LEE, S. Y. D.; WARD, K.; MITCHELL, M. QAGISH, B. Facilitators of transforming primary care: a look under the hood at practice leadership. **Ann Fam Med**, USA, v.11, supl. 1, p. 27-33, may/jun. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707244/pdf/0110s27.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2017.

EUROPEAN COMMISSION. **Powering European Public Sector Innovation: Towards a New Architecture**. Report of the Expert Group on Public Sector Innovation, Directorate General for Research and Innovation, Innovation Union, European Commission, Brussels, 2013. Disponível em: https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/psi_eg.pdf. Acesso em: 26 out.2018.

FERNANDES, R. F.; LEMOS, D. C.; HOFFMANN, M. G.; FEUERSCHÜTTE, S. G. O estado da arte na articulação entre os temas cultura e inovação. **RPCA**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 54-68, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4417/441743525004.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

FERREIRA, V. R. S.; TETE, M. F.; SILVA FILHO, A. I.; SOUSA, M. M. Inovação no setor público federal no Brasil na perspectiva da inovação em serviços. **RAI**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 99-118, out./dez 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rai/article/view/101521/107570>. Acesso em: 29 jan. 2020.

FERREIRA, I. G.; GODOI, D. F.; PERUGINI, E. R.; LANCINI, A. B.; ZONTA, R. Teledermatologia: uma interface entre a atenção primária e atenção especializada em Florianópolis. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2003, jan./dez 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/333859511_Teledermatologia_uma_interface_entre_a_atencao_primaria_e_atencao_especializada_em_Florianopolis. Acesso em: 5 jul. 2019.

FERREIRA, S. R. S, PÉRICO, L. A. D, DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, supl 1, p. 704-709, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1869-1878, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1869.pdf. Acesso em: 24 jul. 2017.

FIELD, A. **Descobrimdo a estatística usando o SPSS**. Tradução de: VIALI, L. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Título original: Discovering Statistics with SPSS 2nd Edition.

FLEUREN, M.; WIEFFERINK, K.; PAULUSSEN, T. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study, **International Journal for Quality in Health Care**, USA, v. 16, n. 2, p. 107-123, Apr. 2004. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/16/2/107/1819125>. Acesso em: 24 abr. 2017.

FONSECA, P. H.; LOWEN, I. M. V.; LOURENÇO, M. L.; PERES, A. M. Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 318-330, 2018. Disponível em: [scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0318.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0318.pdf). Acesso em: 24 abr. 2019.

FOSTER, M.; BURRIDGE, L.; DONALD, M.; ZHANG, J.; JACKSON, C. The work of local healthcare innovation: a qualitative study of GP-led integrated diabetes care in primary health care. **BMC Health Services Research**, U. K., v. 16, n. 11, p.1-11, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4712472/pdf/12913_2016_Article_1270.pdf. Acesso em: 26 nov. 2017.

FRIEDRICH, T. L.; PETERMANN, X. B.; MIOLO, S. B.; PIVETTA, J. M. F. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface: comunicação, saúde e educação*. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 373-85, Aug. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160833.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019.

GADAMER, H-G. **Verdade e método I traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GADAMER, H-G. **Verdade e método II: complementos e índice**. 4.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

GALAVOTE, H. S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A. C. P.; FREITAS, P. S. S.; SEIDL, H.; CONTARATO, P. C.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. The nurse's work in primary health care. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, jan./mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0090.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

GALLOUJ, F.; WEBER, M.; STARE, M.; RUBALCABA, L. The futures of the service economy in Europe: A foresight analysis. **Technological Forecasting & Social Change**, USA, v. 94, p. 80–96, Mar. 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/80c9/99abfc0c0ffa4012a297314c6b30697d94c3.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C. A. G.; GALVÃO, L. A. C.; SANTOS, R. F. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. e00012219, Mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/en_1678-4464-csp-35-03-e00012219.pdf. Acesso em: 9 abr. 2019.

GOLD, A. H.; MALHOTRA, A.; SEGARS, A. H. Knowledge management: An organizational capabilities perspective. **Journal of Management Information Systems**. Philadelphia (USA), v. 18, n. 1, p. 185-214, 2001. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07421222.2001.11045669>. Acesso em: 20 fev. 2019.

GOLDMAN, F. L.; BENTER, A. C. A.; CUSTÓDIO, L. S.; VILLA, K. L. Cultura organizacional da inovação: uma revisão de construtos. **Revista da JOPIC**, Teresópolis, v. 1, n. 3, p. 130-139, 2018. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/jopic/article/view/831/534>. Acesso em: 24 fev. 2019.

GRANT, R. M. Prospering in dynamically-competitive environments: organizational capability as knowledge integration. **Organization Science**, USA, v.7, n. 4, p.375-387, Jul.1996. Disponível em: <https://pubsonline.informs.org/doi/abs/10.1287/orsc.7.4.375>. Acesso em: 20 fev. 2019.

GREENHALGH, T.; ROBERT, G.; MACFARLANE, F.; BATE, P.; KYRIAKIDOU, O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and

recommendations. **Milbank Q**, USA, v. 82, n. 4, p. 581-629, Dec. 2004.
Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690184/pdf/milq0082-0581.pdf>.
Acesso em: 15 jul. 2017.

GUIZARDI, F. L.; LEMOS, A. S. P.; MACADO, F. R. S.; PASSERI, L. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. e280421, Fev. 2018.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n4/0103-7331-physis-28-04-e280421.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2019.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HÄMEL, K.; SCHAEFFER, D.; BÜSCHER, A.; GIOVANELLA, L. Familiengesundheitszentren in Brasilien (Unidades básicas de saúde, Clínicas da Família). Robert Bosch Stiftung, Alemanha, Nov. 2018. Disponível em:
<https://pub.uni-bielefeld.de/download/2932214/2932215/haemel-et-al-2018-bras.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

Hawe, P.; Riley, T.; Gartrell, A.; Turner, K.; Canales, C.; Omstead, D. Comparison communities in a cluster randomised trial innovate in response to 'being controlled'. **Social Science & Medicine**, USA, v. 133, p. 102-110, May 2015. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361500177X?via%3Dihub>. Acesso em: 26 nov. 2017.

HELMANN, C. L.; PICININ, C. T.; CARVALHO, H. G.; PILATTI, L. A. Gestão da inovação e gestão do conhecimento: Retenção de conhecimento técnico no processo de inovação. **Espacios**, Venezuela, v. 37, n. 3, p. 10, 2016. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a16v37n03/16370310.html>. Acesso em: 24 jul. 2019.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. L.; MAJEED, A.; MILLETT, C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, USA, v. 14, n. 5, p.1-19, May 2017. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5448733/pdf/pmed.1002306.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2017.

HOYLE, R. H. (Ed.). **Handbook of Structural Equation Modeling**. New York: The Guilford Press, 2012.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HUSSINKI, H.; Kianto, A.; VANHALA, M. Knowledge management practices and innovation performance in Finland. *Baltic Journal of Management*, Lithuania, v. 10, n. 4, p. 432-455, Oct. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282535117_Knowledge_management_practices_and_innovation_performance_in_Finland. Acesso em: 20 ago, 2019.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

IZECKSOHN, M. M. V.; TEIXEIRA JUNIOR, J. E. STELET, B. P.; JANTSCH, A. G. Preceptorship in Family and Community Medicine: challenges and achievements in a Primary Health Care in progress. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 737-746, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/en_1413-8123-csc-22-03-0737.pdf. Acesso em: 3 jun. 2019.

JOHNSON, K. E.; COLEMAN, K.; PHILLIPS, K. E.; AUSTIN, B. T.; DANIEL, D. M.; RIDPATH, J.; SCHAEFER, J.; WAGNER, E. H. Development of a facilitation curriculum to support primary care transformation: the "coach medical home" curriculum. *Medical Care*, USA, v. 11, supl. 1, p. 34-40, Nov. 2014. Disponível em: http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2014/11001/Development_of_a_Facilitation_Curriculum_to.7.aspx. Acesso em: 12 ago. 2017.

KAMI, M. T. M.; LAROCCHA, L. M.; CHAVES, M. M. N.; PIOSIADLO, L. C. M.; ALBUQUERQUE, G. S. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 442-449, May/Jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0442.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2017.

KATTEL, R.; KARO, E. Start-up governments, or can Bureaucracies innovate? *Ineteconomics*, Jan. 2016. Disponível em: <https://goo.gl/cxV5kL>. Acesso em: 25 out. 2018.

KLIJN, E.H. KOPPENJAN, J. **Governance networks in the public sector**. UK: Routledge, 2015. 1 E-book. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284158898_governance_networks_in_the_public_sector. Acesso em: 5 jul. 2019.

KÖRNER, M.; LIPPENBERGER, C.; BECKER, S.; REICHLER, L.; MÜLLER, C.; ZIMMERMANN, L. Knowledge integration, teamwork and performance in health care. **Journal of Health Organization and Management**, England, v. 30, n. 2, p. 227-243, Apr. 2016. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-12-2014-0217/full/html>. Acesso em: 19 jul. 2019

KRASNICKA T.; GLOD W.; WRONKA-POSPIECH, M. Management innovation, pro-innovation organisational culture and enterprise performance: testing the mediation effect. **Rev Manag Sci**, Alemanha, v. 12, n.3, p. 737-769, Jul. 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11846-017-0229-0.pdf>. Acesso em: 27 apr. 2019.

LACERDA, M. R. Valuation and visibility of nursing. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 1, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/60363/pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

LAITANO, A. D. C.; SILVA, G. T. R.; ALMEIDA, D. B.; SANTOS, V. P. F. A.; BRANDÃO, M. F.; CARVALHO, A. G.; PERES, M. A. A.; SANTANA, N. Precariousness of the work of the nurse: professional militancy from the perspective of the press. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 305-311, may/jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v32n3/en_1982-0194-ape-32-03-0305.pdf. Acesso em: 03 set. 2019.

LAVIE, D. Capability reconfiguration: An analysis of incumbent responses to technological change. **Academy of Management Review**, New Yourk (USA), v.31, n.1, p. 153-174, Jan. 2006. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/20159190?seq=1/subjects>. Acesso em: 29 mar. 2019.

LAWSON, B.; SAMSON, D. Developing innovation capability in organizations: A dynamic capabilities approach. **International Journal of Innovation Management**, UK, v. 5, n. 3, p. 377-400, Sep. 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228694840_Developing_Innovation_Capability_in_Organisations_A_Dynamic_Capabilities_Approach. Acesso em: 17 nov. 2017.

LÉO, R. M.; TELLO-GAMARRA, J. Inovação em serviços: estado da arte e perspectivas futuras. **Suma de negócios**, España, v. 8, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2215910X17300022?token=B6985BAD841EB6B4B804F9475941818D7E40D4DB7F534BE6CD463EA442FCA45B45D47488F33D347C814441A391311D31>. Acesso em: 21 out. 2018.

LEONARD, D.; SENSIPER, S. The role of tacit knowledge in group innovation. **California Management Review**, USA, v. 40, n. 3, p. 112-125, Mar. 1998.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/230557658_The_Role_of_Tacit_Knowledge_in_Group_Innovation. Acesso em: 12 ago. 2019.

LEVESQUE, J. F.; HAGGERTY, J. L.; HOGG, W.; BURGE, F.; WONG, S. T.; KATZ, A. Barriers and Facilitators for Primary Care Reform in Canada.

Healthcare Policy, Canada, v. 11, n. 2, p. 44-57, Nov. 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729282/pdf/policy-11-044.pdf>.

Acesso em: 15 nov. 2017.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 52-66, Set. 2018.

Número especial. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/52-66/pt>. Acesso em: 21 set. 2019.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto&Contexto**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, abr./jun. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/0104-0707-tce-23-02-00417.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.

LOWEN, I. M. V.; PERES, A. M.; CROZETA, K.; BERNARDINO, E.; BECK, C. L. C. Managerial nursing competencies in the expansion of the Family Health Strategy. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 967-973, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0967.pdf. Acesso em: 27 abr. 2017.

LOWEN, I. M. V.; PERES, A. M.; ROS, C.; POLI NETO, P.; FAORO, N. T. Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 898-903, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/0034-7167-reben-70-05-0898.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

MACIAZEKI-GOMES, R. C.; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. The work of the community health worker from the perspective of popular health education: possibilities and challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n5/1637-1646/en>. Acesso em: 1 jun. 2019.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, Set. 2018. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019.

MAEYAMA, M. A.; CALVO, M. C. M. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 63-72, Abr/Jun.2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n2/0100-5502-rbem-42-02-0063.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

MAROCO, J. **Análise estatística com utilização do SPSS**. 3. ed. Lisboa: Sílabo, 2007.

MARTIN, G. P.; WEAVER S.; CURRIE G.; FINN R.; MCDONALD R. Innovation sustainability in challenging health-care contexts: embedding clinically led change in routine practice. **Health Serv Manage Res**, Italy, v. 25, n. 4, p. 190-199, Nov. 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667693/pdf/10.1177_0951484812474246.pdf. Acesso em: 15 nov. 2017.

MARTINEZ, C.; BACIGALUPE, G.; CORTADA, J. M.; GRANDES, G.; SANCHEZ, A.; POMBO H.; BULLY, P. The implementation of health promotion in primary and community care: a qualitative analysis of the 'Prescribe Vida Saludable' strategy. **BMC Family Practice**, USA, v. 18, n. 23, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5316200/pdf/12875_2017_Article_584.pdf. Acesso em: 25 nov. 2017.

MARZIALE, M. H. P. Universal Access to Health and Universal Health Coverage: Nursing contributions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2667, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-0000-2667.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2019

MASSUDA A.; POLI NETO P.; DREHMER V. L. F. G. A atenção primária à saúde (APS) no Sus Curitiba: um desafio para o Brasil, passar de uma APS programática para uma mais acessível e abrangente. In: SOUSA M.F.; FRANCO M.S.; MENDONÇA A.V.M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SO: Saberes, 2014.

MCMULLEN, C. K.; SCHNEIDER, J.; FIREMARK, A.; DAVIS, J.; SPOFFORD, M. Cultivating Engaged Leadership Through a Learning Collaborative: Lessons

From Primary Care Renewal in Oregon Safety Net Clinics. **Ann Fam Med**, USA, v. 11, supl. 1, p.34-40, may/jun. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707245/pdf/0110s34.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

MEIRELLES, D. S.; CAMARGO, A. A. B. Capacidades Dinâmicas: O Que São e Como Identificá-las? **RAC**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 41-64, Dez. 2014. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v18nspe/1415-6555-rac-18-spe-00041.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C.L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, Set. 2018. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 1-12, Mar. 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 13 out. 2017.

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A. A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde, **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 411-423, abr./jun. 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00411.pdf. Acesso em: 13 ago. 2019.

MONTEZELI, J. H.; HADDAD, M. C. F. L.; PERES, A. M.; MATSUDA, L. M. Approximations between social skills, nursing care management and complex thinking. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 22, p. e-1092, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1230> Acesso em: 10 out. 2018.

MORAIS, J. B.; JORGE, M. S. B.; BEZERRA, I. C.; PAULA, M. L.; BRILHANTE, A. P. C. R. Evaluation of research in primary health care scenarios: production, dissemination and use of results. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 783-793, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n3/en_1984-0470-sausoc-27-03-783.pdf. Acesso em: 8 jul. 2019.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 2011.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em 15 fev. 2019.

MUNARI, D.; BEZERRA, A. L.; NOGUEIRA, A.; ROCHA, B.; SOUSA, E.; RIBEIRO, L. C. Leadership succession in nursing: thinking and acting today to ensure a better tomorrow. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 19, p. 1-4, Nov. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46101/22778>. Acesso em: 21 jun. 2019.

NAGUIB, H. M.; NAEM, A. E. M. A. The impact of Transformational leadership on the organizational innovation. **The IJSSHI**, Turkey, v. 5, n. 1, p. 4337-4343, Jan. 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/de91/e98f5fcd8c37abd1b39e95bafef00ff5a11b3.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

NEIVA, E. R.; ABBAD, G.; TRÓCOOLI, B. T. **Roteiro para análise fatorial de dados**. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, 2009.

NODARI, C. H.; CAMARGO, M. E.; OLEA, P. M.; DORION, E. C. H.; CLAUS, S. M. The framework of the practice of innovation in primary healthcare: a case study. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3073-3086, Oct. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/en_1413-8123-csc-20-10-3073.pdf. Acesso em: 30 out. 2017.

NONAKA I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Tradução de: RODRIGUES, A.B.; CELESTE, P.M. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997. The Knowledge=Creating Company.

NORMAN, A. H. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1945, jan./dez. 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1945/990>. Acesso em: 13 ago. 2019.

NUNES, L. O.; CASTANHEIRA, E. R. L.; DIAS, A.; ZARILI, T. F. T.; SANINE, R. R.; MENDONÇA, C. S.; MONTI, J. F. C.; CARRAPATO, J. F. L.; PLACIDELI, N.

Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Rev Panam Salud Publica**. Washington (USA), v.42, p. 175. 2018. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/31789>. Acesso em: 13 jul. 2019.

OCDE. **Relatórios econômicos da OCDE Brasil 2015**: resumo. Disponível em <http://www.ocde.org/eco/surveys/Brasil-2015-resumo.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

OECD. **Oslo Manual 2018**: Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation, 4. ed. Paris: OECD, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264304604-en>. Acesso em 24 fev. 2019.

OECD. **Relatórios econômicos da OCDE**. Brasil. 2018b. Disponível em: <http://www.oecd.org/economy/surveys/Brazil-2018-OECD-economic-survey-overview-Portuguese.pdf>. Acesso em: 30 jul 2019.

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Knowledge translation: translating research into policy and practice. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 113-117, Sep. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n3/1983-1447-rgenf-36-03-00113.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019.

OLIVEIRA, L. F.; SANTOS JÚNIOR, C. D. Inovações no setor público: uma abordagem teórica sobre os impactos de sua adoção. *In*: CAVALCANTE, P.; CAMÕES, M.; CUNHA, B.; SEVERO, W. (Org.). **Inovação no setor público: teoria, tendências e casos no Brasil**. Brasília: Enap: Ipea, 2017. p. 33-42.

OLIVEIRA, M. P. R.; MENEZES, I. H. C. F.; SOUSA, L. M.; PEIXOTO, M. R. G. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 40, n. 4, pp.547-559, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019.

OREILLY, C. A.; CHATMAN, J.; CALDWELL, D. F. People and Organizational Culture - A Profile Comparison Approach to Assessing Person-Organization Fit. **Academy of Management Journal**, USA, v. 34, n. 3, p. 487-516, 1991. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c091/0881668fc026187ebc3b3e038484859111d.pdf>. Acesso em 11 fev. 2019.

PACHECO, H. F.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; SANTOS, F. A. S.; FERREIRA, S. C. C.; LEAL, E. M. M. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 585-595, jul./set. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150338.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019.

PÁDUA FILHO, W. C.; FERREIRA, V. L.; RODRIGUES, B. B.; OLIVEIRA, M. R.; PIMENTEL, C. C. S. B.; FRANÇA, G. D. Inovação: uma ferramenta estratégica para a gestão de serviços do setor saúde. **RAHIS**, Belo Horizonte, v. 12 n. 4, p. 80-91, Out. 2015. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2769>. Acesso em: 5 set. 2019.

PARÉ-PLANTE, A. A.; BOIVIN, A.; BERBICHE, D.; BRETON, M.; GUAY, M. Primary health care organizational characteristics associated with better accessibility: data from the QUALICO-PC survey in Quebec. **BMC Family Practice**, UK, v. 19, n. 19, p. 188, Dec. 2018. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-018-0871-x>. Acesso em: 21 set. 2019

PEITER, C. C.; CAMINHA, M. E. P.; OLIVEIRA, W. F. Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa. **REpS**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 165-173, Jul. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/Proprietário/Downloads/Perfil_dos_gerentes_da_Atencao_Primaria_uma_revisa.pdf. Acesso em: 28 nov. 2018.

PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. S.; QUELUS, D. P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 23, p. e170451, Jan. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e170451.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2019.

PEREIRA, J.; COSTA, L.; BORGES, J. Os Modelos de Liderança no Contexto da Gamificação: estudo de caso. **Proelium**, n. 13, p. 207-224, 2017. Série VII Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15139/5/Os%20Modelos%20de%20Lideran%C3%A7a%20no%20Contexto%20da%20Gamifica%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

PERES, A. M.; CHAVES, M. M. N.; MERCHÁN, M. G. M. Metodología hermenéutica-dialéctica en investigación de enfermería. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; MONTICELLI, M.; COMETTO, M.C.; GÓMEZ, P.F. (ed.). **Investigación cualitativa em enfermería**. Metodología y didáctica. Washington: OPS, 2013.

PÉREZ-FUILLERAT, N.; SOLANO-RUIZ, M. C.; AMEZCUA, M. Conocimiento tácito: características en la práctica enfermeira. **Elsevier**, España, v. 33, n. 2, p. 191-196, Mar./Apr. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117303114>. Acesso em: 15 ago. 2019.

PERUZZO, H. E.; SILVA, E. S.; BATISTA, V. C.; HADDAD, M. C. F. L.; PERES, A. M.; MARCON, S. S. Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 721-727, May/Jun. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/0034-7167-reben-72-03-0721.pdf>. Acesso em: 14 set. 2019.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, Jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/en_1413-8123-csc-23-06-1903.pdf. Acesso em: 11 mai. 2019..

PIRES, D. E. P.; VANDRESEN, L.; MACHADO, F.; MACHADO, R. R.; AMADIGI, F. R. Primary healthcare management: what is discussed in the literature. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 28, p. e20160426, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v28/1980-265X-tce-28-e20160426.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2019.

PROBST, G.; RAUB, S.; ROMHARDT, K. **Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

QUICKTAPSURVEY. **Aplicativo de pesquisa**. Toronto (CA), 2017. Disponível em: <https://www.quicktapsurvey.com/pt/>. Acesso em: 4 nov. 2017.

QUINN, R. E.; FAERMAN, S. R.; THOMPSON, M. P.; MCGRATH, M. R.; CLAIR, L. S. S. **Competências Gerenciais a abordagem de valores concorrentes na gestão**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

RAMOS, A. L. P.; DE SETA, M. H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. e00089118, Apr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n4/e00089118/pt>. Acesso em: 7 set. 2019.

RESENDE JUNIOR, P. C. **Orientação para a inovação em organizações públicas de serviços de alto desempenho**: uma análise comparativa entre

Brasil e Portugal. 2012. 269 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Administração, Economia e Contabilidade, Universidade Federal de Brasília, Brasília, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, 2012. Disponível em:

http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11161/1/2012_PedroCarlosResendeJunior.pdf. Acesso em: 24 abr. 2017.

RESENDE JUNIOR, P. C.; GUIMARÃES, T. A. Inovação em serviços: o estado da arte e uma proposta de agenda de pesquisa. **Rev. bras. gest. neg.**, São Paulo, v. 14, n. 44, p. 293-313, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgn/v14n44/1983-0807-rbgn-14-44-293.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

RESENDE JUNIOR, P. C.; GUIMARAES, T. A.; BILHIM, J. A. F. Inovação no setor público: análise comparativa entre organizações do Brasil e Portugal.

Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 2-11, out./dez. 2013a. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v12n4/v12n4a02.pdf>. Acesso em: 9 out. 2018.

RESENDE JUNIOR, P. C.; GUIMARÃES, T. A.; BILHIM, J. A. F. Escala de orientação para inovação em organizações públicas: estudo exploratório e confirmatório no Brasil e em Portugal. **RAI Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 257-277, abr. 2013b. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/rai/article/view/79311/pdf>. Acesso em: 30 jul. 2017.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 14. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

ROCHA, G. S. A.; ANDRADE, S. M.; SILVA, D. M. R.; TERRA, M. G.; MEDEIROS, S. E. G.; AQUINO, J. M. Feelings of pleasure of nurses working in primary care. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 72, n. 4, p.1036-1043, jul./aug. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n4/0034-7167-reben-72-04-1036.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

RUBENSTEIN, L. V.; DANZ, M. S.; CRAIN, A. L.; GLASGOW, R. E.; WHITEBIRD, R. R.; SOLBERG, L. I. Assessing organizational readiness for depression care quality improvement: relative commitment and implementation capability. **Implementation Science**, UK, v. 9, n. 173, p. 1-10, 2014. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276014/pdf/13012_2014_Article_173.pdf. Acesso em: 20 out. 2017.

SABBADINI, F.; CHAMOVITZ, M.; FERREIRA FILHO, E.; SILVA, C. F.; DESIDERIO, M. Teoria da Criação do Conhecimento Organizacional: a consolidação de dois estudos de casos. **RAF**, Lorena, v. 12, n. 12, 2016. Disponível em: <http://unifatea.com.br/seer3/index.php/RAF/article/view/753/766>. Acesso em: 20 fev. 2019.

SCHERTLIN, P. **Innovation Culture**: Challenges and Opportunities. 2018. Bachelor Thesis (Doctorate degree Business Studies) – Friedrich-Alexander-Universität Erlangen –Nürnberg, Erlangen, 2018. Disponível: https://www.researchgate.net/publication/330882387_Innovation_Culture_-_Challenges_and_Opportunities. Acesso em: 15 ago. 2019.

SCHLEIERMACHER, F.D.E. **Hermenêutica e crítica**; com um anexo de textos de Schleiermacher sobre filosofia da linguagem - I. Tradução de: RUEDELL, A. Ijuí, RS: Unijuí, 2005. Título original: Hermeneutik und Kritik; mit einem Anhang sprachphilosophischer Texte Schleiermachers.

SCHUMPETER, Joseph Alois. **Teoria do desenvolvimento econômico**: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

SHREIBER, J. B.; STAGE, F. K.; KING, J.; NORA, A.; BARLOW, E. A. Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. **The Journal of Educational Research**, Philadelphia (USA), v. 99, n. 6, p. 323, jul/aug. 2006. Disponível em: https://steinhardtapps.es.its.nyu.edu/create/courses/3311/reading/7-Reporting_SEM_and_CFA__Schreiber__Stage__King__Nora__Barlow_.pdf. Acesso em: 2 nov. 2019.

SILVA, S. A.; NOQUEIRA, D. A.; PARAIZO, C. M. S.; FRACOLLI, L. A. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo; v. 48 (esp), p.122-128, Aug. 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103059/101345>. Acesso em: 25 nov. 2017.

SILVA, C. F.; SABBADINI, F.; DESIDÉRIO, M. Teoria da criação do conhecimento organizacional: o caso da empresa do setor químico. **REA**, Franca, v. 14, n. 1, p. 120-143, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/rea/article/view/763/814>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Themes and Reform of Primary Health Care (RCAPS) in the city of Rio de Janeiro, Brazil, **Ciência &**

SaúdeColetiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, May 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en_1413-8123-csc-21-05-1327.pdf. Acesso em: 7 set. 2019.

SORENSEN, E.; TORFING, J. Collaborative innovation in the public sector. **The Innovation Journal**, Toronto, v. 17, n. 1, p. 1 – 14. Disponível em: https://www.innovation.cc/volumes-issues/intro_eva_sorensen_torfinng_17v1i1.pdf. Acesso em 29 jan. 2020.

SOUZA, G. F.; CALBRÓ, L. Avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 180-191, Mar. 2017. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0180.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019.

SOUZA, G. S.; SILVA, R. L. F.; XAVIER, M. B. Attributes of primary health care in leprosy control: nurse's perspective. **Rev baiana enferm**, Salvador, v. 31, n. 1, p. e17251, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17251/14068>. Acesso em: 26 nov. 2017.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 145-158, Out. 2018. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0145.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

STOSHIKJA, M.; KRYVINSKA, N.; STRAUSS, C. Service Systems and Service Innovation: two pillars of Service Science. **Procedia Computer Science**, USA, v.83, p.212-20, Jun. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303028482_Service_Systems_and_Service_Innovation_Two_Pillars_of_Service_Science. Acesso em: 24 out. 2018.

SUBRAMANIAM, M.; YOUNDT, M. The influence of intellectual capital on the types of innovative capabilities. **Academy of Management Journal**, USA, v. 48 n. 3, p.450-463, Jun. 2005. Disponível em: https://www.bc.edu/content/dam/files/schools/csom_sites/faculty/pdf/intellectualcapitalamj2005paper.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.

TASCA, R.; VENTURA, I. L. S.; BORGES, V.; LELES, F. A. G.; GOMES, R. M.; RIBAS, A. N.; CARVALHO, W. M.; JIMENEZ, J. M. S. Health Innovation Laboratories: towards strong Primary Health Care (PHC) in the Federal District of Brasilia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2021-2030, Jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/en_1413-8123-csc-24-06-2021.pdf. Acesso em: 14 set. 2019.

TEECE, D. J.; PISANO, G. The dynamic capabilities of firms: an introduction. **Industrial and Corporate Change**, Oxford, v. 3, n. 3, p. 537-556, Set. 1994. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235362985_The_Dynamic_Capabilities_of_Firms_An_Introduction. Acesso em: 4 dez. 2018.

TEECE, D. J.; PISANO, G.; SHUEN, A. Dynamic Capabilities and Strategic Management. **Strategic Management Journal**, U.K., v. 18, n. 7, p. 509-533, Dec. 1997. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/%28SICI%291097-0266%28199708%2918%3A7%3C509%3A%3AAID-SMJ882%3E3.0.CO%3B2-Z>. Acesso em: 26 nov. 2017.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, Brasília, v. 7, n.2, p. 7-28, Abr./Jun. 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

TELLIS, G. J.; PRABHU, J. C.; CHANDY, R. K. Radical Innovation Across Nations: The Preeminence of Corporate Culture. **Journal of Marketing**, USA, v. 73, p. 3-23, Jan. 2009. Disponível em: <http://faculty.london.edu/rchandy/innovationnations.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

THE LANCET. Making primary care people-centred: a 21st century blueprint. **The Lancet**, U.K., v. 384, p. 281, July. 2014. Disponível em: <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673614612435.pdf?d=aaa09llwgsR-68JSdzpLu>. Acesso em: 27 out. 2017.

TIAN, M. DENG, P. ZHANG, Y.; SALMADOR, M. P. How does culture influence innovation? A systematic literature review. **Management Decision**, USA, v. 56, n. 5, p. 1088-1207, May 2018. Disponível em: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/MD-05-2017-0462>. Acesso em: 27 apr. 2019.

UDDIN, A.; FAN, L.; DASS, A. K. A. Study of the Impact of Transformational Leadership, Organizational Learning, and Knowledge Management on

Organizational Innovation. **Management Dynamics**, India, v. 16, n. 2, Jan. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315784875_A_Study_of_the_Impact_of_Transformational_Leadership_Organizational_Learning_and_Knowledge_Management_on_Organizational_Innovation. Acesso em: 10 ago. 2019.

URTI, C. T.; SOARES, M. C. C.; VARGAS, M. Priorização das necessidades do sistema público de saúde e produção de ciência, tecnologia e inovação no Brasil. **Revista CTS**, Argentina, v. 14, n. 40, p. 135-165, Fev. 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6873897>. Acesso em: 9 set. 2019

UZZKURT, C.; KUMAR, R.; ENSARI, N. Assessing organizational readiness for innovation: na exploratory study on organizational characteristics of innovativeness. **International Journal of Innovation and Technology Management**. USA, v. 10, n. 4, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.worldscientific.com/doi/pdf/10.1142/S0219877013500181>. Acesso em: 24 abr. 2017.

VON WANGENHEIM, A.; NUNES, D. H. Creating a Web Infrastructure for the Support to Clinical Protocols and Clinical Management: An Example in Tele dermatology. **Telemed J E Health**, USA, v. 25, n. 9, p. 781-790, Sept. 2019. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2018.0197>. Acesso em: 20 mai. 2019.

VOORBERG, W. H.; BEKKERS, V. J. J. M.; TUMMERS, L. G. A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey. **Public Management Review**, UK, v. 17, v. 9, p. 1333-1357, 2015. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14719037.2014.930505>. Acesso em: 1 nov. 2018.

WATERMAN, R. B.; BUREY, L.; HOWELLS, B.; HARVEY, G.; HUMPHREYS, J.; ROTHWELL, K.; SPENCE, M. Facilitating large-scale implementation of evidence based health care: insider accounts from a co-operative inquiry, **BMC Health Services Research**, USA, v. 15, v.60, p. 1-13, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339083/pdf/12913_2015_Article_722.pdf. Acesso em: 15 jul. 2017.

WEATHERFORD, B.; BOWER, K. A.; VITELLO-CICCIU, J. The CNO and Leading Innovation Competencies for the Future. **Nurs Admin Q**, USA, vol. 42, n. 1, p. 76-82, Jan/Mar, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/HOME/Downloads/lideres%20enfermagem%20e%20inova%C3%A7%C3%A3o%20usar%20na%20discussao.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2019.

WEINER, B. J.; LEWIS, M. A.; LINNAN, L. A. Using organization theory to understand the determinist of effective implementation of worksite health promotion program. **Health Education Research**, USA, v. 24, n. 2, p. 292-305, Apr. 2009. Disponível em: <https://academic.oup.com/her/article/24/2/292/572832>. Acesso em: 25 nov. 2017.

ZHOU, K. Z.; YIM, C. K. B.; TSE, D. K. The Effects of Strategic Orientations on Technology- and Market-Based Breakthrough Innovations. **Journal of Marketing**, Chicago (USA), v. 69, p. 42–60, Apr. 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/Proprietário/Desktop/Inovação/The%20effects%20Zhio%202005.p](file:///C:/Users/Proprietário/Desktop/Inovação/The%20effects%20Zhio%202005.pdf)df. Acesso em: 25 out. 2018.

APÊNDICE 1 – AUTORIZAÇÃO DO USO DA ESCALA DE ORIENTAÇÃO PARA INOVAÇÃO

Prezado Dr. Pedro Carlos Resende Junior

Sou aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. A minha tese será referente à inovação na atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e a pesquisa será quanti e qualitativa.

Para a abordagem quantitativa gostaria de utilizar a Escala de Orientação para Inovação (EOI) desenvolvida e validada em 2012 durante o seu doutorado, também descrita no artigo Escala de orientação para inovação em organizações públicas: estudo exploratório e confirmatório no Brasil e em Portugal, publicado na Revista de Administração e Inovação em 2013.

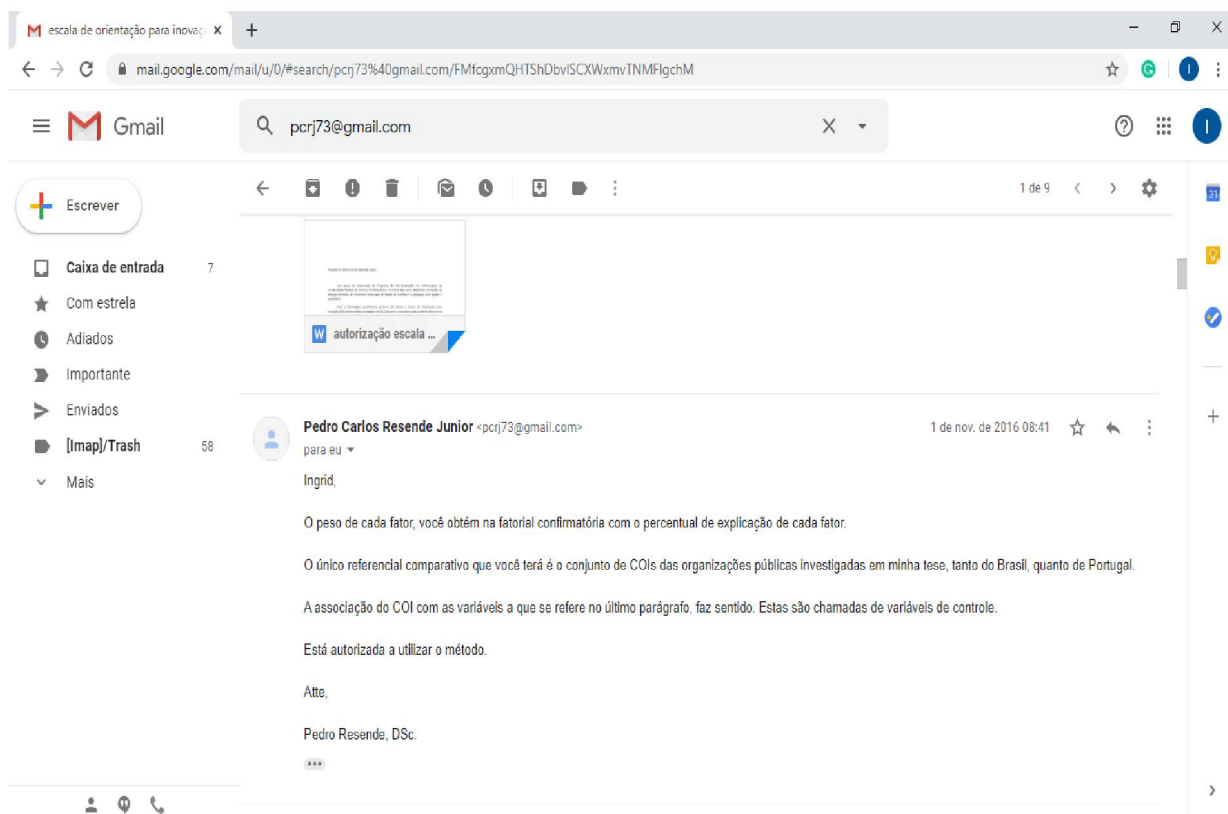
Para tanto, peço a autorização do autor para aplicar a Escala de Orientação para Inovação para profissionais de saúde da atenção primária do município acima citado.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Curitiba, 31 de outubro de 2016.

Atenciosamente,

Ingrid Margareth Voth Lowen



APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Inovação: “um novo conjunto de comportamentos, rotinas e formas de trabalho que visam melhorar a saúde, resultados, eficiência administrativa, custo-eficácia ou experiência dos usuários e que são implementados por ações planejadas e coordenadas” (GREENHALGH et al., 2004, p.582).

Relate uma ação inovadora implantada no seu local de trabalho, na qual você participou.

As perguntas seguintes são referentes à ação inovadora citada.

1. Como foi adquirido conhecimento ou informações sobre esta prática?
2. Como esse conhecimento/informações foram introduzidos (assimilados/implantados) no seu local de trabalho? (como foi esse processo, quais as características das pessoas chaves que trouxeram conhecimento/informações e aplicaram, como foi a articulação com a equipe)
3. Teve influência externa para que este conhecimento fosse utilizado ou troca de informações/conhecimento e/ou colaboração entre os setores/unidades? De que forma ocorreu?
4. Houve necessidade de adaptação e/ou ajustes? Como foi esse processo? (o que facilitou ou dificultou a implantação)
5. Tem observações?

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL DE SAÚDE – ETAPA QUANTITATIVA

Nós, Prof^ª Dr^ª Aida Maris Peres e Ingrid Margareth Voth Lowen, aluna de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, Sabrina Corrêa Koch e Daniele Potrich Lima Zago, alunas de graduação da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de saúde a participar de um estudo intitulado “Gestão orientada à inovação na atenção primária à saúde”. A inovação neste contexto é conceituada como a introdução e a implementação de ideias, serviços, tecnologia, métodos de trabalho e produtos na atenção primária da qual a população se beneficia. Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender o processo de inovação e a necessidade de instrumentalizar os gestores para o seu gerenciamento.

a) O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de inovação na atenção primária de saúde do município de Curitiba.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda a Escala de Orientação para Inovação por meio eletrônico ou formulário impresso, no seu ambiente de trabalho ou em domicílio.

c) O tempo de duração para responder será de aproximadamente quinze minutos, e a sua autorização será mediante o aceite via plataforma utilizada para aplicação do questionário ou por assinatura do TCLE.

A Escala de Orientação para Inovação tem como finalidade mensurar a orientação da organização para a promoção e disseminação da inovação.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao cansaço.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser relativos ao desconforto durante a digitação das respostas, que poderá ser imediatamente suspensa caso este fato seja observado.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são um melhor gerenciamento da inovação na atenção primária. No entanto, nem sempre você será beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e da prática profissional em saúde.

g) As pesquisadoras Ingrid Margareth Voth Lowen, enfermeira, e Aida Maris Peres, orientadora da pesquisa, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pelo e-mail: pilowen@gmail.com ou amaris@ufpr.br, telefone (41) 987151471 ou (41) 32667803, ou na Unidade de Saúde Santa Quitéria, Rua Divina Providência, 1445, 80310-010, Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h-17h, ou ainda no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, 3º andar na Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem), Jardim Botânico. Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo serão apenas conhecidas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

h) O material obtido – Escala de Orientação para Inovação – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado eletronicamente ao término do estudo, respeitando-se completamente o seu anonimato.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa com o uso de um software e transporte não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Orientador

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA QUANTITATIVA - GESTOR

Nós, Prof^ª Dr^ª Aida Maris Peres e Ingrid Margareth Voth Lowen, aluna de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, Sabrina Corrêa Koch e Daniele Potrich Lima Zago, alunas de graduação da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, gestor, a participar de um estudo intitulado “Gestão orientada à inovação na atenção primária à saúde”. A inovação neste contexto é conceituada como a introdução e a implementação de ideias, serviços, tecnologia, métodos de trabalho e produtos na atenção primária da qual a população se beneficia. Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender o processo de inovação e a necessidade de instrumentalizar os gestores para o seu gerenciamento.

- a) O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de inovação na atenção primária de saúde do município de Curitiba.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda a Escala de Orientação para Inovação por meio eletrônico ou formulário impresso, no seu ambiente de trabalho ou em domicílio.
- c) O tempo de duração para responder será de aproximadamente quinze minutos, e a sua autorização será mediante o aceite via plataforma utilizada para aplicação do questionário ou por assinatura do TCLE.

A Escala de Orientação para Inovação tem como finalidade mensurar a orientação da organização para a promoção e disseminação da inovação.

- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao cansaço.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser relativos ao desconforto durante a digitação das respostas, que poderá ser imediatamente suspensa caso este fato seja observado.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são um melhor gerenciamento da inovação na atenção primária. No entanto, nem sempre você será beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e da prática profissional em saúde.
- g) As pesquisadoras Ingrid Margareth Voth Lowen, enfermeira, e Aida Maris Peres, orientadora da pesquisa, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pelo e-mail: pilowen@gmail.com ou amaris@ufpr.br, telefone (41) 987151471 ou (41) 32667803, ou na Unidade de Saúde Santa Quitéria, Rua Divina Providência, 1445, 80310-010, Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h-17h, ou ainda no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, 3º andar na Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem), Jardim Botânico. Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo serão apenas conhecidas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**
- h) O material obtido – Escala de Orientação para Inovação – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado eletronicamente ao término do estudo, respeitando-se completamente o seu anonimato.

- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa com o uso de um software e transporte não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Orientador

APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA QUALITATIVA – PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nós, Prof^a Dr^a Aida Maris Peres e Ingrid Margareth Voth Lowen, aluna de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, Sabrina Corrêa Koch e Daniele Potrich Lima Zago, alunas de graduação da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, gestor, a participar de um estudo intitulado “Gestão orientada à inovação na atenção primária à saúde”. A inovação neste contexto é conceituada como a introdução e a implementação de ideias, serviços, tecnologia, métodos de trabalho e produtos na atenção primária da qual a população se beneficia. Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender o processo de inovação e a necessidade de instrumentalizar os gestores para o seu gerenciamento.

a) O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de inovação na atenção primária de saúde do município de Curitiba.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda as perguntas que lhe serão feitas durante a entrevista realizada em sala reservada, no seu ambiente de trabalho, com duração aproximada de trinta minutos, e a sua autorização será mediante a assinatura deste documento. A entrevista tem como finalidade identificar ações inovadoras no seu contexto de trabalho identificar a capacidade de inovação a partir da criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento. É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a cansaço ou constrangimento.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser relativos ao constrangimento durante a entrevista, que será imediatamente suspensa caso este fato seja observado.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são um melhor gerenciamento da inovação na atenção primária. No entanto, nem sempre você será beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e da prática profissional em saúde.

g) Os pesquisadores Ingrid Margareth Voth Lowen, enfermeira, e Aida Maris Peres, orientadora da pesquisa, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pelo e-mail: pilowen@gmail.com ou amaris@ufpr.br, telefone (41) 987151471 ou (41) 32667803, ou na Unidade de Saúde Santa Quitéria, Rua Divina Providência, 1445, 80310-010, Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h-17h) ou ainda no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, 3º andar na Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Jardim Botânico. Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo serão apenas conhecidas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

h) O material obtido – entrevistas – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado eletronicamente ao término do estudo. A sua entrevista será gravada, respeitando-se

completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa com transporte e gravação não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Orientador

APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA QUALITATIVA – GESTOR

Nós, Prof^a Dr^a Aida Maris Peres e Ingrid Margareth Voth Lowen, aluna de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, Sabrina Corrêa Koch e Daniele Potrich Lima Zago, alunas de graduação da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, gestor, a participar de um estudo intitulado “Gestão orientada à inovação na atenção primária à saúde”. A inovação neste contexto é conceituada como a introdução e a implementação de ideias, serviços, tecnologia, métodos de trabalho e produtos na atenção primária da qual a população se beneficia. Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender o processo de inovação e a necessidade de instrumentalizar os gestores para o seu gerenciamento.

a) O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de inovação na atenção primária de saúde do município de Curitiba.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda as perguntas que lhe serão feitas durante a entrevista realizada em sala reservada, no seu ambiente de trabalho, com duração aproximada de trinta minutos, e a sua autorização será mediante a assinatura deste documento. A entrevista tem como finalidade identificar ações inovadoras no seu contexto de trabalho identificar a capacidade de inovação a partir da criação, absorção, integração e reconfiguração do conhecimento. É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a cansaço ou constrangimento.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser relativos ao constrangimento durante a entrevista, que será imediatamente suspensa caso este fato seja observado.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são um melhor gerenciamento da inovação na atenção primária. No entanto, nem sempre você será beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e da prática profissional em saúde.

g) Os pesquisadores Ingrid Margareth Voth Lowen, enfermeira, e Aida Maris Peres, orientadora da pesquisa, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pelo e-mail: pilowen@gmail.com ou amaris@ufpr.br, telefone (41) 987151471 ou (41) 32667803, ou na Unidade de Saúde Santa Quitéria, Rua Divina Providência, 1445, 80310-010, Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h-17h) ou ainda no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, 3º andar na Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Jardim Botânico. Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo serão apenas conhecidas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

h) O material obtido – entrevistas – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado eletronicamente ao término do estudo. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa com transporte e gravação não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Orientador

ANEXO 1 – ESCALA DE ORIENTAÇÃO PARA INOVAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

Assinale, em que medida, cada uma das afirmações apresentadas neste instrumento, **se aplica à empresa (US) onde você trabalha.**

Quanto mais próximo de **UM** você se posicionar, **MENOS** você considera a afirmação aplica-se à empresa (US) onde você trabalha. Quanto mais próximo de **DEZ** você se posicionar, **MAIS** você considera que a afirmação se aplica à empresa (US) onde você trabalha

F1: Ambiente de estímulo à aprendizagem

F2: Gestão de competências e monitoramento do ambiente externo

Itens	Fator	Medida
1. Os líderes adotam medidas concretas para manter um bom relacionamento com outras organizações parceiras.	F1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. As pessoas são abertas para receber críticas	F1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. É hábito partilhar conhecimentos entre colegas de trabalho.	F1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Existe a prática de conversar em grupo sobre como resolver os problemas do trabalho.	F1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Os funcionários sabem que é importante conhecer as formas de trabalho de outras organizações para poder melhorar os procedimentos internos.	F1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Experimentam-se novas formas de realizar as tarefas.	F1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Os funcionários sabem até onde vai a sua liberdade para experimentar novos métodos nos processos de trabalho.	F1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Existem ações de pesquisa e desenvolvimento (P&D) para serviços.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Há contratações de pessoas para atender necessidades futuras da organização.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. São adotados referenciais comparativos externos como parâmetro de avaliação dos resultados dos serviços.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Há ações corporativas para qualificação dos empregados com vistas a aprimorar processos e serviços perceptíveis aos usuários.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Implementam-se novos métodos de trabalho a partir de experiências bem-sucedidas em outras organizações.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. As sugestões de melhorias de fornecedores são tratadas.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Os funcionários são estimulados a oferecer sugestões de melhorias à organização.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Há prática sistematizada de tratamento das reclamações dos usuários objetivando a melhoria do desempenho.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. As contratações de novos funcionários são baseadas na identificação de competências essenciais à organização.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. As sugestões de melhorias de usuários são tratadas.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Há prática de reconhecimento dos funcionários que contribuem com propostas de melhoria para processos de trabalho.	F2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. O horário de trabalho é flexível, permitindo o envolvimento em atividades de aprendizagem.	F1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO 2 – TERMO DE APROVAÇÃO DO CEP

PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Inovação na Atenção Primária à Saúde como suporte ao modelo centrado nas necessidades em saúde **Pesquisador:** Aida Maris Peres **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 69590217.3.3001.0101

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 2.232.776

Apresentação do Projeto:

Projeto de Doutorado da UFPR, para parecer de viabilidade. Esta pesquisa tem o objetivo de analisar a inovação na atenção primária como suporte ao modelo centrado nas necessidades em saúde no município de Curitiba. Trata-se de uma abordagem quantiquantitativa, do tipo descritiva e exploratória. A população são 483 profissionais de saúde que atuam na assistência na atenção primária e gestores dos diversos níveis hierárquicos da Secretaria Municipal de Saúde relacionados à atenção primária do município. Será desenvolvida por meio uma análise documental relacionada à inovação na atenção primária, de aplicação de questionário referente à Escala de Orientação para a Inovação para cálculo do Coeficiente de Orientação para Inovação para profissionais assistenciais e gestores e entrevistas dos gestores locais das Unidades Básicas de Saúde. Os dados qualitativos serão processados pelo software IRAMUTEQ que fará a Classificação Hierárquica Descendente, para que se realize a análise textual.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a inovação na atenção primária como suporte ao modelo centrado nas necessidades em saúde. Objetivo Secundário: 1) caracterizar a orientação institucional para inovação na perspectiva dos profissionais de saúde e gestores da atenção primária à saúde acerca do ambiente de estímulo à aprendizagem e de gestão de competências e monitoramento do ambiente externo; 2) identificar a relação entre a orientação para inovação e variáveis organizacionais relacionadas à atenção primária de um município; 3) identificar os fatores que contribuem para a implantação de ações inovadoras e os fatores limitantes desse processo, na perspectiva do gestor local, distrital e do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. - compreender como os gestores operam para criar e implementar mudanças e as ações e reações da equipe de saúde frente às mesmas na atenção primária à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, dessa forma o presente trabalho pode trazer um risco remoto, no que se refere a alguma questão que cause constrangimento ao participante voluntário. A pesquisa não trará risco efetivo ou potencial presumido aos participantes e serão preservados o anonimato e o sigilo das informações prestadas. Serão buscados locais adequados, com maior privacidade para a coleta de dados qualitativos. Se houver qualquer tipo de desconforto ou constrangimento do participante, este poderá optar por não participar da pesquisa, se assim desejar.

Benefícios: Como benefício, as informações servirão de base para fomentar a discussão e potencializar o planejamento e a implementação de ações que promovam um ambiente e práticas inovadoras na Atenção Primária à Saúde nos diversos níveis de gestão, o que poderá fortalecer as estratégias previstas e pactuadas nos níveis federal, estadual e municipal a fim que a população seja beneficiada na assistência à sua saúde realizada pela APS gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa de interesse da APS da SMS Curitiba, conforme retorno fornecido pela Coordenação de enfermagem. Ausência de custos: O projeto de pesquisa será financiado pelos próprios pesquisadores. Não haverá financiamento externo e nenhum custo a fonte pesquisada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados. Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações ou modificações, que gerem emendas ao protocolo devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências. Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_911949.pdf	03/07/2017 21:38:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_gestversaodoisetapatres.docx	03/07/2017 21:38:33	Aida Maris Peres	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profversaodoisetapadois.docx	03/07/2017 21:38:20	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestversaodoisetapadois.docx	03/07/2017 21:38:03	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	03/07/2017 21:22:22	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	requerimento.pdf	19/06/2017 09:09:07	IDA CRISTINA GUBERT	Aceito
Outros	ausenciadecusto.pdf	19/06/2017 09:08:49	IDA CRISTINA GUBERT	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_911949.pdf	10/06/2017 19:05:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa10jun.docx	10/06/2017 19:04:55	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de	TCLEPROFISSIONAIS.docx	10/06/2017	Aida Maris Peres	Aceito

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROFISSIONAIS.docx	19:00:11	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGESTORES.docx	10/06/2017 18:59:59	Aida Maris Peres	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_911949.pdf	30/05/2017 16:23:04		Aceito
Outros	checklist.pdf	30/05/2017 16:18:43	INGRID MARGARETH VOTH LOWEN	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_911949.pdf	07/05/2017 23:54:55		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	07/05/2017 23:36:53	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Oficio.pdf	04/05/2017 20:46:05	Aida Maris Peres	Aceito

Declaração de Pesquisadores	extrato_ata.pdf	04/05/2017 20:43:49	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio_ata_aprovacao.pdf	04/05/2017 20:43:23	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declpublico7.pdf	03/05/2017 18:01:53	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	analisemerito2.pdf	03/05/2017 18:00:35	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declusoespec8.jpg	02/05/2017 16:32:07	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	responsabilidade12.jpg	02/05/2017 16:25:37	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso9.jpg	02/05/2017 16:24:17	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodeconfidencialidade6.jpg	02/05/2017 16:21:00	Aida Maris Peres	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:Não

CURITIBA, 22 de Agosto de 2017

Assinado por: SAMUEL JORGE MOYSÉS (Coordenador)